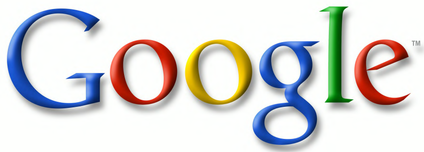


ANNALES
D'OCULISTIQUE.

ANNALES

D'OCULISTIQUE,

PUBLIÉES

PAR LE DOCTEUR **FLORENT CUNIER**,

MÉDECIN-OCULISTE, CHIRURGIEN DE L'INSTITUT OPHTHALMIQUE DE BRUXELLES, ANCIEN MÉDECIN MILITAIRE, RÉDACTEUR EN CHEF DE L'ENCYCLOGRAPHIE DES SCIENCES MÉDICALES, MEMBRE DES ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS DE MÉDECINE D'ANVERS, BERLIN, BORDEAUX, BRUGES, BRUXELLES, GAND, HOORN, LISBONNE, LYON, MALINES, MONS, MONTPELLIER, NOUVELLE-ORLÉANS, PARIS, ROTTERDAM, ETC.

Cinquième Année.

TOME VII.

BRUXELLES,

CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, ÉDITEUR,
13, Montagne-Ste-Élisabeth.

A PARIS,
Chez H. COUSIN, libraire, 21, rue Jacob.

AVRIL A OCTOBRE 1842.

LISTE DE MM. LES COLLABORATEURS

ANGLETERRE.

M. *Lawrence*, à Londres.

AUTRICHE.

MM. *Rigler*, à Vienne. *Werneck*, à Salzbourg.

BADEN (Grand duché).

M. *Scherrer*, à Baden-Baden.

BAVIÈRE.

MM. C. *Canstatt*, à Ansbach. *F. Pauli*, à Landau.

BELGIQUE.

MM. *Ansiaux* (Jules), à Liége. *Burggraeve*, à Gand. *De Condé*, à Liége. *Dethier*, à Louvain. *Fallot*, à Namur. *Fleussu*, à Bruxelles. *Gousée*, à Anvers. *Hairion*, à Louvain. *Hanau*, à Bruxelles. *Loiseau*, à Namur. *Rucloux*, à Bruxelles. *Schoenfeld*, à Charleroi. *Stiévenart*, à Mons. *A. Uytterhoeven*, à Bruxelles.

DANEMARCK.

M. *N. G. Melchior*, à Copenhague.

FRANCE.

MM. *Caffe* et *Carron du Villards*, à Paris. *Guépin*, à Nantes. *Miquel*, à Paris. *Pamard*, à Avignon. *Pétrequin*, à Lyon. *Rognetta*, à Paris. *Serre* (d'Uzès), à Alais. *Serre* (*M.*), à Montpellier. *Sichel*, à Paris. *Stœber*, à Strasbourg. *Szokalski* et *Velpeau*, à Paris.

HOLLANDE.

M. *Snabilié*, à Breda.

PRUSSE.

MM. *A. Andreae*, à Magdebourg. *E. Blasius*, à Halle.

SAXE.

MM. *Ammon* (le chevalier d'), *Beger* et *Warnatz*, à Dresde.

SUISSE.

M. *Maunoir* (le professeur), à Genève.

ANNALES

D'OCULISTIQUE.

Tome VII. — 1re livraison. — Avril 1842.

COMPTE-RENDU

DES MALADIES OBSERVÉES A L'INSTITUT OPHTHALMIQUE DE BRUXELLES, DU 1er OCTOBRE 1840, AU 31 DÉCEMBRE 1841;

Par le docteur FLORENT CUNIER.

C'est le premier juillet 1840 qu'a été ouvert mon institut ophthalmique.

Le rapport que j'ai publié l'an dernier, sur les maladies observées pendant le 3e trimestre 1840, avait pour but de démontrer à l'association qui s'est formée pour soutenir mon œuvre, l'utilité d'un semblable établissement dans une ville aussi populeuse que Bruxelles.

Je viens aujourd'hui faire connaître les résultats obtenus depuis le 1er octobre 1840 jusqu'au 31 décembre 1841.

On verra que la tâche que je me suis volontairement imposée est devenue de jour en jour plus difficile; mais les encouragements qu'ont bien voulu m'accorder LL. MM. le Roi et la Reine, le suffrage du Conseil provincial du Brabant, les marques nombreuses de bienveillance que j'ai reçues des personnes les plus honorables, le bien qu'il m'a été donné de faire, la reconnaissance des malheureux que j'ai secourus, les enseignements pratiques que j'ai recueillis, m'ont amplement dédommagé de mes peines.

Le tableau suivant indique la nature des affections dont étaient porteurs les malades traités pendant le 4e trimestre 1840, et les quatre trimestres de l'année 1841.

DÉSIGNATION DES MALADIES.	NOMBRE DE MALADES					
	Restant sous traitement au 1er octobre 1840.	Survenus depuis le 1er octobre 1840.	TOTAUX.	Dont l'état a seulement été amélioré, ou ne s'étant plus représentés.	Guéris.	Restant sous traitement au 31 décembre 1841.
Inflammation du tissu cellulaire de l'orbite.	»	2	2	»	2	»
Encanthis.	»	1	1	»	1	»
Tumeurs enkystées des paupières.	»	23	23	10	12	1
Chalaze.	»	1	1	»	1	»
Colobome palpébral.	»	1	1	»	1	»
Ectropion.	»	4	4	1	3	»
Entropion.	3	17	20	2	15	3
Trichiasis.	»	5	5	»	5	»
Corps étrangers dans la cornée.	»	19	19	»	19	»
Blessure du globe.	»	5	5	1	4	»
Tumeur du sac lacrymal.	»	7	7	1	5	1
Cancer de la conjonctive.	»	1	1	»	»	1
Blépharite glandulaire.	»	11	11	1	10	»
» ciliaire.	»	17	17	1	14	2
» granuleuse.	1	62	63	11	49	3
» érysipélateuse.	»	6	6	»	6	»
Ophthalmie catarrhale.	»	37	37	4	33	»
» » purulente.	»	81	81	3	76	2
» blennorrhagique.	»	4	4	1	3	»
» des nourrices.	»	1	1	»	1	»
» leucorrhéique des nouveau-nés.	»	19	19	3	15	1
» scrofuleuse.	8	183	191	23	162	6
» rhumatismale.	3	11	14	2	12	»
» arthritique.	»	3	3	1	2	»
» varioleuse.	»	2	2	»	2	»
» morbilleuse.	»	1	1	»	1	»
Iritis rhumatismale.	2	1	3	»	3	»
» syphilitique.	1	6	7	»	7	»
Irido-périphakite.	»	1	1	»	1	»
Descemétite.	»	1	1	»	1	»
Rétinite.	»	1	1	»	1	»
Choroïdite.	»	13	13	3	10	»
Glaucôme.	»	19	19	14	»	5
Hydrophthalmie.	»	2	2	»	2	»
Hémophthalmie.	»	1	1	»	1	»
Hypopion.	»	1	1	»	1	»
Hyperkératose.	»	1	1	»	»	1
Staphylôme partiel de la cornée.	»	7	7	7	»	»
» total » »	»	11	11	11	»	»
A reporter. . .	18	589	607	100	481	26

DÉSIGNATION DES MALADIES.	NOMBRE DE MALADES: Restant sous traitement au 1er octobre 1840.	Survenus depuis le 1er octobre 1840.	TOTAUX.	Dont l'état a seulement été amélioré, ou ne s'étant plus représentés.	Guéris.	Restant sous traitement au 31 décembre 1841.
Report.	18	589	607	100	481	26
Staphylôme de la sclérotique.	»	2	2	2	»	»
Pannus vasculaire.	2	31	33	2	29	2
» celluleux.	»	14	14	3	10	1
Xérosis.	»	1	1	»	»	1
Ptérygion.	»	1	1	»	1	»
Leucôme.	1	9	10	4	6	»
Occlusion de la pupille.	»	9	9	4	5	»
Chute de la paupière supérieure.	1	6	7	2	5	»
Mydriase.	2	2	4	»	4	»
Amaurose congénitale.	1	»	1	1	»	»
» congestive.	»	9	9	»	9	»
» torpide.	»	7	7	7	»	»
» spinale.	»	1	1	»	1	»
» vermineuse.	»	1	1	»	1	»
» chlorotique.	»	3	3	»	2	1
Polyopie monoculaire.	1	2	3	»	3	»
Diplopie »	»	1	1	»	1	»
» suite de strabotomie.	»	5	5	2	3	»
Cataracte capsulaire.	2	2	4	1	3	»
» » secondaire.	»	18	18	13	5	»
» capsulo-lenticulaire.	»	11	11	5	6	»
» » » centrale.	3	1	4	4	»	»
» lenticulaire.	»	15	15	6	9	»
» » verte.	1	»	1	»	1	»
» choroïdale.	1	»	1	1	»	»
Strabisme convergent de l'œil droit.	»	293	293	3	290	»
» » » gauche.	»	351	351	5	346	»
» » des deux yeux.	»	219	219	5	214	»
» divergent de l'œil droit.	»	3	3	»	3	»
» » » gauche.	»	14	14	3	11	»
» » des deux yeux.	»	2	2	2	»	»
» en bas.	»	1	1	1	»	»
» en haut.	»	1	1	1	»	»
Nystagme.	»	7	7	3	4	»
Myopie musculaire.	»	5	5	3	2	»
Fongus médullaire de la rétine.	»	3	3	3	»	»
Mélanose du globe.	»	1	1	1	»	»
TOTAUX.	33	1640	1673	187	1455	31

Le chiffre des malades qui se sont présentés à la clinique pendant le 3e trimestre 1840, s'est élevé à 212; 33 restaient en traitement au 1er octobre (1). 1640 ouvriers et indigents atteints de maux d'yeux se sont présentés durant les quinze mois qui ont suivi, ce qui porte à 1852, le nombre de maux d'yeux traités depuis l'époque de la fondation de l'institut, le 1er juillet 1840 jusqu'au 31 décembre 1841.

Sur les 1673 qui ont reçu des soins pendant le quatrième trimestre 1840, et l'année 1841, 1455 ont été guéris; 187 ne se sont point représentés jusqu'à parfaite guérison, ou étaient porteurs de lésions incurables ou seulement susceptibles de quelque amélioration.

En supposant que chaque malade soit venu 10 fois à la clinique, ce qui est fort au-dessous de la réalité, on a le chiffre de 16730 consultations pour les 15 mois dont il est ici question, soit la moyenne de 30 par jour.

Plus de 1200 opérations (2) ont été pratiquées — abstraction faite des cautérisations, scarifications, excisions, injections, etc., — donc environ 3 par jour.

Seul, il m'eût été impossible de suffire à pareille besogne; mais le concours de mes confrères et amis, les docteurs Fleussu, Rucloux et Moons, ne m'a jamais fait défaut, et leurs conseils, comme ceux de M. le docteur Rieken, médecin ordinaire de LL. MM., m'ont souvent été du plus puissant secours.

L'âge et la profession de chaque malade ont été soigneusement notés au registre d'inscription; ces données statistiques sont rappelées dans les détails que je vais consacrer à l'exposition des moyens thérapeutiques employés et des résultats obtenus.

Je me borne à tracer l'histoire des cas qui peuvent intéresser au point de vue de la science et de la pratique.

§ I. Inflammation du tissu cellulaire de l'orbite.

Le nommé Peeters (Rémy), âgé de 47 ans, cultivateur à Berchem-

(1) Voir le Compte-rendu de ce trimestre, *Annales d'Oculistique*, novembre 1840.

(2) En tenant compte des opérations de strabisme, de cataracte, etc., faites sur les deux yeux, ainsi que de certaines opérations qui ont été pratiquées deux et trois fois.

Ste-Agathe, est inscrit au registre du dispensaire sous le n° 1158. C'est un homme fort, pléthorique; jamais il n'a eu mal aux yeux; il a été affecté, trois ans passés, d'un rhumatisme des muscles de la cuisse gauche. — Il rapporte qu'assistant, au mois de juillet 1841, à l'explosion d'une mine, quelques morceaux de pierre l'ont frappé à la figure, et que l'œil a aussi été atteint. Des douleurs atroces s'y sont manifestées; elles ont privé le malade de repos pendant plus de quinze jours. Parfois, dit-il, j'ai cru que je devenais fou. On a pratiqué des lotions avec l'eau froide, un vésicatoire a été appliqué derrière l'oreille. — Vers le vingtième jour, la paupière supérieure se tendit, le malade ressentit dans l'orbite un battement continuel, qui devint de plus en plus fatigant, jusqu'à ce qu'enfin portant la main sur la partie tuméfiée, il fit jaillir d'entre les paupières un pus mêlé de sang, dont il évalue la quantité à un verre à bierre. — Cet écoulement fut suivi d'un soulagement marqué; le sommeil revint; l'œil resta rouge, larmoyant, sensible à la lumière; les paupières étaient agglutinées le matin; il en sortait de temps à autre du pus, toujours mêlé de sang. Des douleurs, occupant le front, et parfois tout le côté droit de la tête, revenaient tous les soirs, vers cinq à six heures, pour cesser vers minuit; parfois elles ont duré plusieurs jours et plusieurs nuits; un écoulement de pus mêlé de sang a toujours précédé l'amélioration.

Peeters s'est présenté au dispensaire le 25 octobre 1841, trois mois après l'accident :

Depuis deux jours les douleurs sont revenues, aussi violentes que dans les premiers jours qui ont suivi l'accident. Il se plaint de fréquentes photopsies, d'une pression insupportable et de battements dans la partie supérieure du globe, lourdeur de la tête, douleurs dans toutes les articulations et la tempe.

Pupille dilatée, immobile; vision presque nulle du côté malade; fixité du globe, qui fait saillie de plus de 4 millim. en dehors des paupières, qui sont tuméfiées et dont le mouvement est presque impossible; la supérieure est rouge, tendue; la tuméfaction est surtout plus prononcée à la partie en rapport avec le pli oculo-palpébral; la pression y détermine la plus violente douleur. — La conjonctive scléroticale d'un aspect jaune-rougeâtre est soulevée en chémosis autour de la cornée, qui a perdu tout son éclat, et qui offre dans son segment supérieur, vers son union avec la sclérotique, une ulcération taillée en emporte-pièce,

1.

profonde d'environ un millimètre, large de 4, et haute de 2.

Du muco-pus stagne sous la paupière inférieure, dont la conjonctive est fortement boursoufflée, tomenteuse. J'essaie à trois reprises de retourner la paupière supérieure, ou au moins de l'écarter du globe, mais sa tension et la douleur que je détermine alors dans l'orbite sont si fortes, que je dois y renoncer.

Pouls dur, accéléré, chaleur de la peau, soif modérée, absence de selles depuis six jours.

Je prescris une application de dix sangsues à la tempe; des onctions seront pratiquées de quart d'heure en quart d'heure sur les paupières, la tempe et le front, avec gros comme une noisette de la pommade suivante :

Pr. : Ung. hydrargirii.
Extracti alcool. Bellad. ana ʒjj.
M. D.

Une once et demie de sulfate de soude sera prise immédiatement. — Nitrate de potasse deux gros dans deux litres d'eau, à prendre par verres dans la journée. — Repos. — Diète absolue.

Le 26. — Amélioration considérable. Plus de fièvre, la douleur a disparu. La rougeur et la tension de la paupière supérieure ont diminué. Les douleurs articulaires se sont fortement amendées.

Un emplâtre de Janin derrière l'oreille, du côté malade, un vésicatoire au bras. Quatre gros de nitrate de potasse. Continuation des onctions mercurielles. — Pédiluve irritant.

Le 27. — L'amélioration a continué jusques hier soir que le malade s'est exposé au froid. Depuis lors, une douleur sourde, pulsatille, revenant à des intervalles rapprochés (de deux en deux heures environ), s'est manifestée dans l'orbite; le malade n'en souffre pas actuellement. Mais il y a fièvre, sentiment de pression intolérable du globe, augmentation de l'exophthalmie, commencement d'accumulation purulente dans la chambre antérieure. — En tirant la paupière supérieure par les cils, pour chercher à inspecter la partie sous-jacente, et ouvrir la collection si je peux en préciser le siége, je donne issue à une bonne cuillerée de pus épais, mêlé de quelques stries sanguines. J'exerce sur la paupière supérieure, en dessous de l'arcade orbitaire, une pression graduée à l'aide du doigt, et j'évacue de cette façon une demi-cuillerée de pus mal lié, sanguinolent. Le malade ressent incontinent un soulagement notable; une heure plus tard, il était dans l'état le plus satisfaisant.

Continuation des mêmes moyens. — Deux soupes dans la journée.

Le 28. — La paupière s'est quelque peu affaissée, l'exophthalmie a diminué, le globe est moins fixe, mais il ne peut être mû sans qu'une douleur aiguë s'en empare. Le flocon purulent de la chambre antérieure n'a pas augmenté. La nuit a été bonne, le malade est calme.

Le 5 novembre. — Le malade ne s'est pas représenté depuis le 28. Son état a peu changé depuis. L'œil offre toujours le même aspect. Je saisis de nouveau la paupière par les cils, et je parviens à l'écarter d'environ une ligne et demie du globe. Un corps grisâtre, apparaît vers le pli oculo-palpébral ; je le montre à M. le docteur Fleussu, qui me passe des pinces à l'aide desquelles je le saisis ; il était dur, et comme il résistait, je crus que j'allais entraîner une portion d'os nécrosée. Que l'on juge de mon étonnement, lorsque j'amenai un morceau d'écorce d'arbre recouvert de débris de fausse membrane, épais de 2 millimètres, large de 6, haut de 10, dont voici la forme et les dimensions exactes ; — Écoulement abondant de sang et de sérosité purulente.

Cette extraction est suivie d'une synoope de dix minutes. — J'inspecte la partie ; la paupière est facilement retournée ; le corps étranger a frappé la cornée, à son union avec la sclérotique, a passé entre la paupière et le globe, pour s'enfoncer dans l'orbite derrière le pli oculo-palpébral. Un stylet introduit dans l'ouverture pénètre à dix lignes dans l'orbite ; après m'être assuré que les parties osseuses n'étaient point dénudées, j'injectai de l'eau tiède.

Lotions avec une solution de deutochlorure de mercure 1 grain, sur 8 onces eau distillée, avec addition de 1 gros laudanum. — Continuer les onctions mercurielles.

Le 7. — Peeters revient à la consultation. Il n'y a plus d'exophthalmie ; le globe peut être mu facilement dans toutes les directions ; il est moins rouge, la cornée a repris tout son éclat ; le flocon qui occupait la chambre antérieure a disparu, la pupille a repris sa mobilité ; le malade peut distinguer les traits des personnes, il reconnait de gros objets. — Collyre de Conradi.

Le 12. — La vue était complètement revenue ; il ne restait d'autre trace de l'affection, que l'ulcération de la cornée, qui s'était cicatrisée. — Je fais entretenir le vésicatoire du bras.

Peeters a été pris, vingt jours plus tard, de douleurs rhumatismales dans les muscles du côté droit de la face ; l'œil était devenu douloureux, sensible à la lumière. Le nitrate de potasse donné à

la dose de 4 gros dans la journée, a complétement débarrassé le malade en deux jours. — Je lui prescris de tenir son vésicatoire ouvert durant un certain temps ; la tendance à la constipation me fait lui recommander de prendre de temps à autre un purgatif.

Dans les derniers jours de décembre, Peeters était de nouveau tourmenté par des douleurs rhumatismales occupant les muscles de l'épaule gauche et du côté droit de la face. Je l'ai remis à l'usage du nitrate de potasse, et trois jours après il était guéri. — Je l'ai revu depuis ; il n'éprouve aucune gêne dans l'œil qui a été malade. Il n'a conservé de son accident qu'un leucoma bien circonscrit qui n'apporte que peu de gêne à l'exercice de la vision.

— L'inflammation traumatique du tissu cellulaire de l'orbite est une maladie excessivement grave, se terminant soit par la mort, suite de la méningite qui se déclare, soit par des indurations partielles du tissu affecté, qui donnent à l'œil une position vicieuse, et la vue reste toujours faible ou perdue. (Stœber.)

Pendant trois mois, un morceau de bois a séjourné dans l'orbite de Peeters et s'y est probablement enkysté ; plusieurs fois il a déterminé un orage assez inquiétant ; mais toujours le kyste s'est rompu et le pus s'est fait jour naturellement au dehors. Enfin, le corps étranger est reconnu et extrait ; bientôt tout rentre dans l'ordre ; la maladie se termine sans lésion de la fonction visuelle, sans que la position de l'œil en souffre. Le périoste qui, dans la cavité de l'orbite, est constitué par l'épanouissement de la substance de la dure-mère cérébrale, n'a heureusement pas été fortement enflammé, et c'est à la circonstance que la phlogose a été en quelque sorte limitée à une portion du tissu cellulaire qu'est due, sans nul doute, la conservation de la vie et de la vue. —

Un autre cas d'inflammation du tissu cellulaire de l'orbite a aussi été traité au dispensaire. Il s'agit d'un enfant de six ans, scrofuleux, qui avait reçu un coup à la partie externe et inférieure de l'orbite ; il n'avait commencé à en souffrir que plusieurs mois plus tard. Lorsque je l'ai vu pour la première fois, le 15 juillet, il existait dans l'angle externe, une tumeur fluctuante, que j'ouvris par la conjonctive. Un pus abondant, mêlé de sang, s'en écoula ; l'introduction du stylet me démontra qu'une portion du rebord orbitaire était vacillante. — Le lendemain, je fus assez heureux pour la saisir avec des pinces, et la détacher ; elle était longue de 4 lignes, sur 2 de hauteur, et entièrement nécrosée. Après

sept jours, la plaie conjonctivale était fermée. — Un traitement altérant, par le calomel, et ensuite par l'huile de foie de morue et les bains iodurés a été entrepris, et le petit malade est aujourd'hui dans un état parfait de santé. — La dépression de l'angle externe, assez prononcée d'abord, s'est effacée au point que la difformité est insignifiante.

§ II. Encanthis.

Un serrurier, Van Deen (Henri), âgé de 20 ans, inscrit sous le n° 329, est venu réclamer mes soins, le 20 octobre 1840, pour un corps étranger, qu'il disait exister, depuis six jours, entre les paupières, et lui occasionner des douleurs aiguës dans les mouvements d'occlusion. Un chirurgien avait visité l'œil et n'avait rien découvert. La caroncule était rouge, tuméfiée, la conjonctive palpébrale boursoufflée vers l'angle interne, celle du globe vascularisée vers le même endroit; légère photophobie, écoulement abondant de larmes. — En examinant avec soin, et en m'aidant de la loupe, je découvris dans la partie moyenne de la caroncule, un corps noirâtre, gros comme un grain de millet; je le saisis avec des pinces, et reconnus en lui une paillette de fer. Des lotions résolutives furent prescrites. — Il ne restait plus le lendemain qu'un peu de rougeur, mais sans tuméfaction, sans douleur. — Le surlendemain tout avait disparu.

§ III. Tumeurs enkystées des paupières.

Vingt-trois femmes et filles, de 18 à 30 ans, mal réglées, la plupart chlorotiques, exerçant les professions de dentellière (8), de couturière (7), ou de repasseuse (8), sont venues réclamer l'ablation de tumeurs enkystées des paupières; quelques-unes en portaient trois et quatre, une fille de la campagne sept. Chez 12, ces tumeurs siégeaient à la paupière inférieure (8 d'un seul côté, 4 des deux côtés); chez 5 à la paupière inférieure et à la supérieure; chez 2, à la paupière supérieure, d'un côté, à la supérieure de l'autre; chez 3, aux deux paupières d'un côté, à l'inférieure ou à la supérieure de l'autre, enfin 1, aux quatre paupières.

J'ai essayé dans dix cas la méthode de M. Lawrence (*The Lancet*, 11, p. 669) qui consiste à enfoncer un bistouri étroit dans le kyste, en traversant la conjonctive et le cartilage tarse; j'ai combiné ce moyen avec la cautérisation, et je n'ai réussi qu'une seule fois, sur

une malade opérée avec l'assistance de M. le docteur Scherrer, de Baden-Baden.

L'excision simple ne m'a pas davantage réussi, combinée ou non avec la suppuration déterminée par la cautérisation avec la pierre infernale, et entretenue durant plusieurs jours. J'ai essayé d'un fil, d'une épingle de Carlsbad, passés dans la tumeur, et laissés à demeure; je n'ai pas eu plus de succès. Toujours la tumeur s'est reproduite, malgré le traitement général, et les onctions pratiquées soit avec une pommade mercurielle, soit avec une pommade d'hydriodate de potasse. — J'ai enfin enlevé un lambeau soit de la peau, soit de la conjonctive, et cautérisé fortement la plaie résultant de l'excision de la tumeur, une fois avec le chlorure de zinc, les autres fois avec la pierre infernale. De cette façon, j'ai toujours pu détruire jusqu'aux moindres vestiges des kystes, et la reproduction n'a plus eu lieu. Ce moyen a été couronné de succès chez 11 malades; déjà j'ai enlevé cinq tumeurs sur la fille qui reste en traitement — elle en portait 7, — et tout annonce que l'obtiendrai une guérison radicale.

J'ai éprouvé dix échecs complets; il en est deux parmi ces malades chez lesquelles je suis revenu trois fois à l'opération.

§ IV. Chalaze.

Une couturière de 21 ans, mal réglée, ayant eu plusieurs orgeolets, portait à la paupière inférieure de l'œil droit, et à la paupière supérieure de l'œil gauche, deux chalazes, grosses comme un pois du lathyrus odorans. Après avoir inutilement essayé de les faire suppurer, tant par la cautérisation que l'application d'emplâtres, et des cataplasmes de Graefe et de Beer, j'en ai pratiqué l'excision. Les deux tumeurs de la paupière supérieure avaient acquis la dureté de la pierre; celles de la paupière inférieure étaient moins consistantes; elles s'étaient développées les dernières.

§ V. Colobome palpébral.

Un cas de colobome congénital a été observé. Le malade qui en était affecté, avait nom Judocus, âgé de 8 ans, fils du sieur Van Hoorn patron d'un navire hollandais en charge dans le bassin de Bruxelles.

La fente, bornée dans toute son étendue par une rangée de cils

irrégulièrement placés, partait de la partie moyenne de la paupière inférieure droite et tombait à angle droit sur le rebord orbitaire, où elle se terminait ; elle formait une espèce de canal, figurant un V allongé,



dont les branches *ca*, *cb*, longues de 8 millimètres, et renversées à leurs extrémités *a*, *b*, offraient un écartement de 4 millimètres ; la conjonctive palpébrale tapissait toute l'étendue de ce canal ; elle y était rouge, boursoufflée ; dans la portion renversée elle offrait le même aspect. Les larmes coulaient continuellement le long de la joue ; cette incommodité augmentait surtout lorsque le petit malade marchait au vent ; c'est là la seul désagrément, à part la difformité, qui résultât du vice de conformation. Les lèvres de la fente étaient facilement rapprochés dans les mouvements d'occlusion palpébrale. La paupière supérieure prolabait un peu, et la cornée étant plus recouverte que du côté gauche, il en résultait une espèce de strabisme en haut. (Voir la figure ci-dessus.)

L'opération pouvant seule porter remède au mal, je la proposai au père, qui me livra son enfant le 11 décembre 1840.

Je disséquai soigneusement, et j'enlevai jusqu'au pli oculo-palpétrale, toute la conjonctive tapissant le canal. — Je détachai alors la peau dans une étendue de 3 à 4 millimètres, à partir de l'épanonissement de la fente, en *c*, de chaque côté, jusqu'à la partie correspondant au bord inférieur du cartilage tarse. Je pus alors régulariser, à l'aide des ciseaux, la forme du V, et détruire le bord ciliaire du colobome.

Il me restait à accomplir le dernier temps du procédé d'Adams pour la cure de l'ectropion. Je ne crus pas devoir, comme le recommande cet oculiste, réunir par des aiguilles fines et la suture entor-

tillée; la laxité de la paupière me porta à croire que la suture simple suffirait. Je passai en conséquence deux points comprenant toute l'épaisseur de la paupière, l'un au bord supérieur, l'autre au bord inférieur du cartilage tarse ; les lambeaux de la peau dans la partie inférieure furent maintenus en rapport à l'aide de simples bandelettes agglutinatives. De semblables bandelettes furent placées sur les points de suture.

Une compresse fénétrée, un petit plumasseau de charpie, enduits de cérat, un monocle modérément serré, complétèrent le pansement. — Fomentations froides. Diète absolue.

Rien de particulier ne survint dans le cours du traitement qui suivit l'opération ; les points de suture furent enlevés le 5e jour, l'application de bandelettes fut continué pendant huit ou dix jours. La réunion fut aussi exacte que possible ; il ne se manifesta aucun bourgeonnement à la face conjonctivale ; plusieurs cautérisations furent nécessaires pour réprimer celui qui se montra à la partie inférieure de la réunion de la plaie cutanée. Le petit Judocus ne conserve de sa difformité palpébrale, qu'une cicatrice linéaire peu appréciable et un certain degré de symblépharon postérieur. La paupière supérieure a continué à prolaber, elle semble même un peu tiraillée depuis l'opération, ce qui fait paraître l'œil droit plus petit que le gauche.

§ VI. Ectropion.

Le renversement palpébral en dehors a été observé sur quatre malades, 1 maçon âgé de 52 ans, 1 vidangeur âgé de 30, 2 journaliers âgés de 27 et 28 ans. Chez trois, il était le résultat d'ophthalmies chroniques ; les deux derniers avaient été atteints d'ophthalmie pendant qu'ils étaient soldats, et avaient été congédiés en 1840. Le renversement de leurs paupières inférieures était dû à un boursoufflement excessif du pli de la muqueuse palpébrale ; l'excision du bourrelet ramena les choses à l'état normal, la cautérisation acheva la cure.

Le vidangeur avait une seule paupière, la paupière inférieure gauche, renversée ; la conjonctive extroversée était rouge, luisante, ulcérée vers les bords libres. L'œil était larmoyant, la cornée vascularisée, la vision altérée. — Les bords palpébraux étaient recoquillés sous la partie renversée ; avec de grands efforts, on parvenait à les ramener en place, mais pas à réduire l'extroversion.

Il a été question à plusieurs reprises dans les *Annales d'Oculistique* (volume V, pages 44-102-264), de cet homme, le nommé Schoonjans, de Molenbeék-St-Jean, qui a subi, le 27 octobre 1840, la section sous-cutanée de l'orbiculaire palpébral, que j'avais employée déjà dans l'entropion, mais à laquelle je n'avais pas encore eu recours dans le renversement en dehors.

Le succès a été complet; une fois la paupière en place, les ulcérations conjonctivales ont pu être guéries, la vascularisation kératique a disparu avec les granulations de la paupière supérieure, qui furent traitées, comme celles qui existaient aux deux paupières de l'œil droit, par la cautérisation.

Le maçon avait eu, trente jours auparavant, la portion externe de la paupière gauche détruite par l'action de la chaux vive. Le globe avait été respecté. La perte de substance s'étendait à un demi-pouce en dedans, et à un demi-pouce en dehors de la commissure palpébrale, descendait jusqu'à la pommette et formait ainsi une ulcération triangulaire, à laquelle la blépharoplastie seule pouvait porter remède.

Le malade ne voulut pas s'y soumettre, et ne reparut plus à la clinique.

§ VII. Entropion.

Trois malades restaient en traitement au 1er octobre, savoir :

1 imprimeur sur coton, âgé de	56 ans.
1 ouvrière de fabrique, âgée »	55 »
1 ménagère »	50 »

Les 17 nouveaux malades sont ainsi répartis :

Fabricant de cigarres	1.	Serruriers	2.
Ouvrier orfèvre	1.	Cordonnier	1.
Étameur	1.	Fileur de coton	1.
Vitrier	1.	Cuisinières	4.
Platineurs	2.	Enfants	3.

Ils étaient âgés, 3 de 4 à 10 ans; 1 de 27; 5 de 30 à 40; 2 de 40 à 50; 5 de 50 à 60; enfin 1 de 68 ans.

La maladie datait,

De plus de 6 mois	chez	9.
» de 1 an	»	2.
» 2 »	»	1.
» 4 »	»	3.
» 10 »	»	1.
» 12 »	»	1.

Un entropion était triple ; il occupait les deux paupières inférieures, et la supérieure droite.

9 *doubles* siégeaient : 5 aux deux paupières inférieures, 2 aux deux supérieures, 1 à l'inférieure et à la supérieure du même côté, 1 à l'inférieure d'un côté, à la supérieure de l'autre.

7 *simples* siégeaient : 5 à la paupière inférieure droite, 1 à la même paupière à gauche, 1 à la paupière supérieure gauche.

Dans tous les cas il y avait kératite vasculaire, ou taches de la cornée, empêchant, après la cure du renversement, l'exercice de la vision ; ainsi :

10 privés de la vue des deux yeux.
7 » » » d'un œil.

3 malades dont l'histoire a été donnée dans mon premier compte-rendu (p. 10 — 15 — *Annales d'Oc.*, vol. IV, p. 82 — 87), restaient en traitement au 1er octobre 1840. Le renvervement avait été combattu dans ces trois cas par le procédé que j'ai imaginé (1) ; l'œil droit de la femme van Campenhout n'a pu être opéré, et la nommée Deroy, une fois les souffrances enlevées, et la cécité disparue, a préféré conserver une certaine dose de mal ; elle en fait amplement *usage*. — Elle s'est adressée depuis à M. le docteur Deroubaix, qui s'est contenté d'arracher les cils des paupières de l'œil droit, qui sont encore introversées.

Les 17 cas nouveaux constituaient, ainsi qu'il a été dit plus haut, 27 entropions, dont 18 de la paupière inférieure, 9 de la supérieure.

(1) Voici ce procédé : « La paupière étant ramenée en place, on produit dans la peau externe, à l'aide de ma pince à entropion (qui est semblable à celle de Weller, mais à pression), un pli d'une dimension convenable pour empêcher le renversement. Des épingles à insectes, dites de Carlsbad, sont passées à travers ce pli, en y comprenant quelques fibres de l'orbiculaire. Les épingles une fois posées, on étrangle autour d'elles la peau palpébrale en pratiquant, l'entortillement, comme pour la suture. Ce temps fini, on excise avec des ciseaux le morceau de peau que l'on a étranglé. — Des fomentations froides sont pratiquées ensuite pendant 24 ou 36 heures, et au bout de 4 ou 5 jours, les épingles tombent, laissant autant de cicatrices adhérentes. (Voir *Annales d'Oc.*, IV, p. 84 et *Compte-rendu*, l. cit.)

M. Hairion, professeur à l'Université de Louvain, a employé plusieurs fois avec succès ce procédé, que j'ai mis en usage à l'hôpital St.-Jean en présence de M. A. Uytterhoeven et de ses élèves, et au dispensaire en présence de MM. les docteurs Cramer (de Demerari), Scheffrer (de Baden-Baden), Behrend (de Berlin), Mussche (de Hal), Hanab, Hoebeke, Thévissen, Bulckens, etc., et de MM. les professeurs Burggraeve (de Gand), Françoîs et Hairion (de Louvain), etc.

J'ai constaté pour causes (1) :

La contraction spasmodique de l'orbiculaire	12.
Une cicatrice de la face interne de la paupière	1.
Le relâchement de la peau et de l'orbiculaire.	4.

Les 12 malades chez lesquels l'introversion palpébrale était due à la contraction de l'orbiculaire, avaient souffert anciennement, ou souffraient encore d'ophthalmies photophobiques. Ils ont donné un total de 20 entropions (1 triple, 6 doubles [2 en bas, 2 en haut — 2 en bas et en haut,] — 5 simples — en bas.) — Mon procédé a toujours été efficace à la paupière supérieure, (7 cas.) — A la paupière inférieure (13 cas), il n'a déterminé la cure que 10 fois; de six récidives, 3 seulement ont été effacées. — Restent donc trois cas où il a été insuffisant ; ainsi que je l'ai déjà dit ailleurs, la contraction de l'orbiculaire était poussée à ce point que les tentatives pour ramener la paupière dans sa position normale, étaient infructueuses ; la section sous-cutanée du muscle a fait cesser l'introversion. (Voir *Annales d'Oculistique*, vol. V, p. 264—266, septembre 1841.)

Une cicatrice, résultat de l'excision d'une tumeur enkystée de la paupière supérieure, avait déterminé chez la nommée De Neéf (Marie) couturière, âgée de 22 ans, un entropion peu prononcé, que j'ai combattu par l'excision de la bride. Je n'ai obtenu aucun résultat ; une nouvelle opération sera pratiquée au premier jour : j'en rapporterai sans doute les détails dans mon prochain compte-rendu.

L'introversion, chez les 4 autres malades, était due au relâchement de la peau et de l'orbiculaire (3 doubles, 1 simple, tous de la paupière inférieure) ; mon procédé a produit la cure chez 3 ; le quatrième a été opéré de 28 décembre ; la réussite est certaine.

Le traitement ordinaire du pannus vasculaire (voir plus bas) a rendu la vue — chez 7, des deux yeux, chez 2, d'un œil, — à 9 des 10 aveugles (2) — et 6 des 7 borgnes ont récupéré l'usage de l'œil dont ils ne voyaient plus.

(1) Le malade dont il est fait mention p. 41 et 265, vol. V, de mes *Annales*, est inscrit au registre comme louche. — J'ai divisé chez lui l'orbiculaire à la paupière supérieure et à l'inférieure, et l'élévateur palpébral de l'œil droit, pour introversion double avec lagophthalmos. Il a subi ensuite la section du droit interne et du grand oblique, aussi du même côté.

(2) Un d'entre eux est venu de Beirvelde, se faire guérir de deux entropions, et s'est ensuite rendu de nouveau chez M. Fierens, pour être traité du pannus de l'œil gauche. L'œil droit était atrophié.

§ VIII. Trichiasis.

Des soins ont été donnés à cinq malades, ainsi répartis :

1 pensionnaire d'hospice âgée de 89 ans, les 2 paupières inférieures.				
1 colporteur	»	53	»	2 paup. inf. 1 sup.
1 ouvrière de fabrique	»	34	»	2 paup. inf.
1 vernisseur	»	32	»	id. id.
1 fabricant de cigarres.	»	28	»	1 paup. id.

Dans les deux premiers cas, il datait de 8 et 5 ans, et était le résultat de blépharites chroniques, qui avaient amené le relâchement des téguments palpébraux. Il y avait en même temps kératite panneuse. J'ai eu recours à l'opération que je pratique dans l'entropion, et j'ai obtenu la guérison. Ce moyen est infiniment préférable à la cautérisation si douloureuse, si incertaine, avec l'acide sulfurique.

Chez l'ouvrière de fabrique, l'introversion ciliaire était due à la contraction spasmodique des orbiculaires survenue pendant une ophthalmie catarrho-scrofuleuse; elle constituait ainsi un entropion imparfait. J'ai employé avec le même succès le moyen mis en usage dans les deux cas dont il vient d'être question. — Une rangée surnuméraire de cils s'était développée pendant le cours de la maladie, qui datait de dix mois; l'arrachement n'ayant produit qu'une amélioration momentanée, et le trouble vasculaire de la cornée persistant, j'ai excisé le bord palpébral interne, et j'ai de cette façon détruit les bulbes des cils sumuméraires.

Le vernisseur était un militaire congédié depuis six mois; il portait de volumineuses granulations, dans le pli, avec relâchement des téguments de la paupière inférieure droite; la cure palliative, — l'arrachement des cils — a été tentée; la dégénérescence granuleuse a été traitée par le caustique, et dès qu'elle commença à s'améliorer, les cils portés auparavant contre le bulbe, reprirent leur direction normale.

La guérison ne fut pas aussi facilement obtenue chez l'ouvrier fabricant de cigarres.

Son trichiasis tenait au recoquillement du cartilage tarse, qui était ramolli. L'application de deux épingles détermina deux cicatrices cutanées qui améliorèrent beaucoup l'état du mal; mais après six semaines il y avait récidive. — Une seconde opération ne fut pas plus heureuse; j'enlevai alors un lambeau cutané, en forme de V, partant de 1 ligne en dessous du bord libre, et je réunis par la suture; la réussite fut complète.

La conduite que j'ai tenue dans ce cas, me paraît au moins aussi convenable que celle recommandée par M. Alessi, dans le numéro de janvier 1842, du journal *Il Filiatre Sebezzio*; voici l'opération, passablement difficile à exécuter, que propose le chirurgien italien : après avoir saisi le bord de la paupière malade, on fait à la peau une incision transversale au-dessus du cartilage tarse; puis, avec un petit bistouri, on dissèque le bord supérieur de cette plaie dans une étendue aussi considérable qu'on le juge nécessaire pour obtenir le redressement de la paupière. Le lambeau cutané ainsi détaché est séparé d'un coup de ciseaux. Cela fait, l'opérateur pratique de dedans en dehors et de haut en bas une incision transversale, qui divise la conjonctive palpébrale au-dessus du cartilage tarse. Après avoir lâché le bord de la paupière qu'on avait jusques-là tenu avec la pince, il faut laisser reposer le malade pendant quelques instants. On termine enfin l'opération en réunissant par quelques points de suture les deux lèvres de l'incision faite aux téguments; et cette dernière manœuvre a pour résultat de faire basculer de dedans en dehors le cartilage tarse qui avait déjà été séparé de ses connexions avec la conjonctive, et qui est ainsi ramené dans sa position normale.

(*La suite au prochain n°.*)

MÉMOIRE SUR LE GLAUCÔME;

Par le docteur SICHEL.

Recherches historiques et critiques.

—

§ XXIX. DEUXIÈME PÉRIODE,

De Brisseau à Autenrieth. — 1705 *à* 1807 —.

1705 APRÈS J. C. — BRISSEAU.

Au commencement du dix-septième siècle, Keppler, et après lui Gassendi et Rohault, reconnurent que le cristallin n'est pas l'organe immédiat de la vision, mais simplement un instrument de réfraction. L'opinion de Keppler fut bientôt partagée par des chirurgiens : Quarré et Lasnier, à Paris, et Rolfink, à Jéna, professèrent que la cataracte est une opacité du cristallin ; ce dernier

parle même de deux *dissections* de cataractes lenticulaires qu'il n'appelle point *glaucômes* (Guern. Rolfincii. *Dissert. anat.* Norib. 1556. 4. p. 179). Mais ces doctrines passèrent inaperçues. On continua jusqu'au commencement du dix-huitième siècle à suivre les errements des anciens sur la suffusion ou cataracte et le glaucôme ou opacité incurable du cristallin. Ce ne fut qu'en 1705 que *Brisseau* fils, médecin-major des hôpitaux et pensionnaire de la ville de Tournay, sans connaître les opinions de la plupart des hommes éminents que nous venons de nommer (il cite consciencieusement Lasnier), et se fondant sur ses propres recherches et surtout sur des dissections exactes et suffisamment nombreuses, seul moyen véritablement recommandable et décisif en pareil cas, prouva, malgré une opposition opiniâtre dont nous allons faire l'histoire succincte, que la cataracte est dans la majorité des cas (il dépasse la mesure en disant dans tous les cas), une opacité du cristallin. En ramenant aux cataractes lenticulaires simples le glaucôme des anciens, il réserva ce nom à l'opacité du corps vitré; sa définition et son explication anatomiques sont restées dans la science jusqu'à nos jours, même en grande partie pendant l'époque de l'histoire du glaucôme que nous regardons comme la troisième. Son ouvrage : *Traité de la cataracte et du glaucoma*, Paris 1709, écrit dans un esprit très-louable et avec une parfaite mesure, malgré les violentes attaques auxquelles l'auteur était en butte de la part de l'ancienne école, ne contient sur le glaucôme que peu de faits que nous avons déjà rapportés et appréciés à leur juste valeur dans le § XXI, observations IV et V. Il ne nous reste plus qu'à indiquer la théorie de Brisseau sur le glaucôme, suivie pendant plus d'un siècle, pendant lequel personne n'a apporté aucune preuve anatomique valable à son appui. Nous allons le faire avec ses propres paroles. On a vu, dans les deux observations citées, que Brisseau n'avait point observé de véritable opacité verdâtre du corps vitré, ni d'un autre côté de désorganisation des membranes internes, telle qu'on la trouve constamment dans le vrai glaucôme. On verra également, par la lecture des passages suivants de son ouvrage, qu'il a suppléé par des explications théoriques aux faits concluants qui lui manquaient, et que l'observation sur le vivant ne lui avait point encore fait connaître les phénomènes morbides visibles dans les membranes externes et témoignant de l'altération des membranes internes qu'on regarde aujourd'hui comme essentiels pour le glaucôme de la médecine moderne. En

général la connaissance de cette maladie était encore très-imparfaite ; Brisseau ne cite même point les symptômes amaurotiques si constants dans le vrai glaucôme, bien qu'il connaisse la cataracte compliquée d'amaurose et le synchysis.

Brisseau, p. 115. « C'est donc dans l'humeur vitrée, que consiste le vrai glaucôma ou cataracte incurable, et non dans le cristallin, qu'on abattra très-inutilement, quand la maladie est dans la vitrée. Or il est très-possible que cette humeur se condense et devienne opaque aussi bien que le cristallin, comme je l'ai trouvé dans cet œil qui me fut envoyé de Dunkerque, quoique cela arrive plus rarement. » [Voyez § XXI. Observation IV.]

« P. 209. On ne doit pas s'attacher si scrupuleusement au nom
« que les anciens ont donné à cette maladie, et je ne crois pas que
« que la couleur verte, qui (p. 210) est la moindre de ses qualités,
« doive toujours se rencontrer quand elle est formée ; de même
« que les cataractes ne changent point de noms quoiqu'elles soient
« diversement colorées.

Sur ce pied là, toutes les fois que « l'humeur vitrée se rencon-
« trera épaissie et opaque, de quelque couleur qu'elle puisse être
« ce sera toujours un vrai glaucôma.

« Les cataractes luisantes sont toutes de vrais glaucômes pro-
« duits par l'opacité du corps vitré, le cristallin restant dans son
« état naturel. Le cristallin paraît affecté dans cette maladie, et
« être obscurci, quoiqu'il ne le soit pas, de même qu'une pierre
« du temple qu'on enchâsserait dans le châton d'une bague où on
« aurait mis du vermillon ou du vert de gris en (p. 211) poudre
« paraîtrait rouge ou verte ; c'est pourquoi ces espèces de cata-
« ractes paraissent brillantes et luisantes et sont toutes incurables.

« Le glaucôma peut être produit par différentes causes tant in-
« ternes qu'externes, et les mêmes à peu près que celles de la ca-
« taracte, que je n'examinerai pas ici à fond. Je me contenterai
« de dire qu'une humeur fort acide, et d'un certain caractère,
« pourra figer le corps vitré et en même temps détremper l'hu-
« meur noire qui enduit l'uvée ou choroïde, laquelle humeur se
« mêlant avec la vitrée, lui fait perdre la diaphanéité, et la teint
« quelquefois en verd, ou d'une autre couleur, selon la différente
« nature du sel acide. Qui ne voit que cette maladie, de quelque
« manière qu'elle soit engendrée, est incurable : étant absolument
« impossible de remédier au corps vitré, qui est placé au fond de
« l'œil, et où l'instrument n'a du tout point lieu d'agir.

« J'aurais pu ajouter bien des choses (p. 212) à ce que je viens
« de dire touchant le glaucôma : mais il me manque des expé-
« riences, que je n'ai encore pu faire jusqu'à présent, etc., etc. »...

On voit que Brisseau lui-même convenait de bonne foi que ses recherches anatomiques étaient insuffisantes. Il faut ajouter cependant qu'il connaissait déjà le synchysis ou la liquéfaction du corps vitré, affection qui souvent (comme nous l'avons dit dans le § XIX, section VIII) accompagne le véritable glaucôme; seulement, dans les cas qu'il cite (p. 214. 217) il y avait bien synchysis, mais aucun autre symptôme de glaucôme.

Les autres passages de l'ouvrage de Brisseau qui peuvent avoir quelque importance pour l'historique du glaucôme sont les suivants :

P. 116. « On peut selon mon opinion, rendre raison de plusieurs « phénomènes de ces deux maladies. Si on demande par exemple, « pourquoi la cataracte est beaucoup plus fréquente, et le glau- « côma très-rare? C'est parce que le cristallin est plus facile à « s'endurcir et à devenir opaque que la vitrée. Pourquoi la cata- « racte est-elle presque toujours blanche? Parce que le cristallin « en s'endurcissant est plus propre à prendre cette couleur, par « une direction plus exacte de ses pores. Pourquoi les cataractes « vertes et noires, ou tirant sur ces couleurs passent-elles pour « moins curables? Parce que ce sont le plus souvent des glau- « cômes, et que l'humeur vitrée est plus capable (p. 117) de ces « différentes couleurs, à raison du voisinage de l'humeur noire « qui enduit l'uvée, et qui s'altérant et s'imbibant avec la vitrée, « la peut colorer de toutes ces manières, selon la différente alté- « ration de ces deux humeurs. Enfin pourquoi les cataractes lui- « santes sont-elles très-suspectes? Parce que ce sont aussi des « glaucômes, où la vitrée étant opaque, le cristallin qui reste dia- « phane leur donne ce brillant.

« Je crois suivant ce plan, qu'outre ces différentes couleurs, « un des meilleurs signes pour distinguer le glaucoma, est qu'il « doit paraître beaucoup plus enfoncé dans l'œil ; mais il faudrait « bien des expériences, qui ne sont pas à la main, pour confir- « mer tout ce que j'avance ici.

« (P. 157). Il se trouve encore des personnes qui tiennent un « rang considérable parmi les savants, et qui étant forcés d'a- « vouer que la cataracte peut dépendre de l'obscurcissement et « endurcissement du cristallin, à qui ils donnent fort mal à propos

« le nom de cataracte glaucômatique, disent qu'il peut y en avoir « aussi de membraneuses, comme l'ont cru les anciens. »

Aux pages 160 et 162, nous apprenons que la teinte jaune du cristallin, surtout de son noyau, que nous avons signalée, avait déjà été observée dans un cas de cataracte par *Petit*, de Namur, et que dans un cas d'une cataracte glaucômateuse ou au moins compliquée d'amaurose, ce même chirurgien avait trouvé « l'humeur vitrée liquide comme de l'eau et un peu jaune. »

« (P. 43). Ayant fait bouillir un œil de bœuf pendant un certain « temps, j'ai trouvé que le cristallin était durci, et devenu très-« blanc, au lieu que l'humeur vitrée paraissait d'un brun obscur, « tirant un peu sur le verd. » Le corps vitré se coagule par la coction, devient blanchâtre et opaque, mais ni vert ni brun, à moins qu'il ne s'imbibe accidentellement du pigmentum de la choroïde.

« Ce qui change à ce que je crois, l'humeur vitré en verd dans « le glaucoma, est la détrempe de cette humeur noire qui enduit « intérieurement toute l'uvée, et qui en se dissoudant (p. 44) et « se mêlant intimement dans la vitrée, la change en verd, sur-« tout quand cette humeur noire de l'uvée est vitrée et qu'elle par-« ticipe de la nature du vitriol. » — Voici de la théorie indigne d'un anatomiste et d'un observateur tel que Brisseau; mais il avoue lui-même que l'expérience sur le vrai glaucôme lui manquait encore. Sur un œil bien frais, le corps vitré, coagulé par la coction, l'alcool ou les acides, ne s'imbibe point du pigmentum ; cela n'a lieu accidentellement que lors d'un commencement de décomposition putride.

1707. — De La Hire, fils.

Sur le glaucoma et la cataracte. (Mém. de l'Académie royale des Sciences. 1707-1708, p. 245.)

Son mémoire dans lequel il finit par se rapprocher beaucoup de l'opinion de Brisseau sur la cataracte ne contient rien sur le véritable glaucôme.

1707. — Mery (J.).

Sur le glaucoma et la cataracte. (Mém. de l'Acad. roy. des Sciences. 1707, p. 491, et 1708, p. 241.)

Il défend d'abord l'ancienne théorie; puis, cédant à la force

des faits et à l'évidence, il accède à l'opinion nouvelle sur la possibilité d'abaisser ou d'extraire « le cristallin glaucômatique » sans que la vision en soit irrévocablement détruite. Son mémoire, important pour l'historique de la cataracte, ne contient aucun fait ni aucun raisonnement nouveau sur le vrai glaucôme. Il en est de même d'une note sur un glaucôme (c'est-à-dire une cataracte lenticulaire) disséqué par lui (*Hist. de l'Acad. roy. des Sciences*, année 1709, p. 22).

1707. — Maître-Jan.

Antoine Maître-Jan, *Traité des maladies de l'œil*, etc. Ed. I, Troyes 1707. 4°. Ed. II, Paris, 1722, 8°. (Le chapitre du glaucôme est littéralement identique dans ces deux éditions.)

Maître-Jan est plus ordinairement cité par ses contemporains sous son prénom *Antoine ;* quoique cet auteur ait reconnu à peu près en même temps que Brisseau le siége de la cataracte dans le cristallin, il est resté fidèle à l'opinion des anciens sous le rapport du glaucôme, en comprenant sous ce nom *une opacité du cristallin avec dessèchement*, cette espèce de cataracte que de nos jours J. S. Schmidt a nommée *aride siliqueuse*. Le cristallin alors, selon Maître-Jan (éd. 2, p. 225), prend différentes couleurs, parmi lesquelles la couleur vert-blanchâtre et céleste fort claire sont les plus fréquentes pendant l'accroissement de la maladie. » Enfin il devient d'un vert plus foncé, ou jaune, ou noirâtre, ou d'un blanc luisant, ou d'un grain de grêle, et alors il perd sa transparence, et la vue est entièrement ôtée. Comme cette altération se fait sans que la membrane qui recouvre le cristallin se détruise » [circonstance qui, selon l'auteur, a lieu dans les cataractes lenticulaires simples], « le cristallin altéré paraît presque toujours luisant ; et c'est pour cela que les cataractes luisantes sont toujours très-suspectes, pour la crainte qu'il y a qu'elles ne soient de fausses cataractes, etc. » Sur ce dernier point il y a donc analogie entre l'opinion de Brisseau, de Heister et de Maître-Jan. Bien que ce dernier ne regarde point le glaucôme comme compliqué d'amaurose (p. 225, en bas), il partage néanmoins l'avis des anciens sur son incurabilité absolue (p. 227). « Le cristallin dans le glaucôme paraît plus enfoncé que dans la cataracte vraie » (p. 226). Maître-Jan n'a point disséqué le glaucôme (p. 227); l'unique observation qu'il rapporte (p. 227) est obscure et ne s'applique, ainsi que tout ce qu'il dit sur ce sujet, qu'à une espèce de cataracte aride siliqueuse.

Il passe sous silence les idées de Brisseau et de Heister sur le glaucôme et n'a point connu la maladie que nous appelons de ce nom aujourd'hui.

1707. — Woolhouse.

Peu de temps après que Brisseau eût présenté à l'Académie des Sciences ses premières observations, un oculiste anglais, venu en France avec le roi Jacques II, homme de beaucoup d'expérience, d'un savoir étendu, mais superficiel, et de manières charlatanesques, commença à combattre les opinions de Brisseau et celles de Maître-Jan. C'est surtout contre Heister que Woolhouse, dont il est question ici, dirigea plus tard sa polémique, en remplaçant par de l'impudence ce qui manquait de force à ses arguments qui en général sont fort mauvais et dans lesquels perce partout l'intention de se faire valoir aux dépens de ses adversaires et de la vérité. Cet homme, ainsi que Taylor, a fait assez de bruit dans son temps, même parmi les savants et les hommes de l'art, pour que l'histoire de l'ophthalmologie puisse tirer quelques utiles leçons de sa biographie et de la critique de ses ouvrages. Aussi nous proposons nous de publier un jour l'histoire détaillée de la vie et des travaux ophthalmologiques de Woolhouse et de Taylor.

Les opinions de Woolhouse sur la cataracte et le glaucôme ont été produites d'abord avec fracas dans les journaux du temps, tels que le *Mercure Galant*, la *Bibliothèque choisie de Leclerc* et le *Journal des Savants*, etc., etc.; ces premières publications ne remontent qu'à l'année 1707. La polémique qui a existé entre lui et Heister a commencé en 1715. Les diverses publications de Woolhouse sur la cataracte et le glaucôme ont été réunies par lui en un ouvrage publié en français en 1717 sous le titre de : *Dissertations savantes et critiques sur la cataracte et le glaucôme de plusieurs modernes*. Francfort (1717.) 8. 2de édit. 1720. 8. Je n'ai pu me procurer cette édition française qu'il y a fort peu de temps, et je me suis servi en général de la traduction latine publiée sous le titre suivant : *Woolhousii dissertationes de cataracta et glaucomate, etc., etc., e Gallica in latinam linguam translatae a Christophoro* Le Cerf, *filio, Med., Doct. Francofurti ad Moenum*. 1719. 8. Ayant réussi plus tard à trouver l'original français, je me suis contenté de vérifier ma traduction, des passages rapportés par moi; les pages des renvois sont celles de cette édition. Il est fort remarquable que, tout répandu que fût Woolhouse à Paris, il n'ait

pu trouver en France un traducteur de ses opuscules, ni même un médecin qui eût voulu se charger de les réunir et de les publier en français. Il faut bien que l'opinion publique lui aît été contraire et que sa bonne foi aît été suspecte aux médecins français et surtout à ceux de Paris. Aussi un nombre de faits rapportés par lui sont-ils démentis en termes positifs et probants par plusieurs de ses contemporains, tels que Heister, Saint-Yves et Méry, dont nous allons rapporter les paroles. Nous ferons également ressortir plusieurs contradictions importantes dans ses assertions. On a cru, et peut-être avec raison, que Le Cerf, de Francfort, jeune médecin sans clients, avait été payé par Woolhouse pour se charger de publier ses mémoires (qui, en grande partie, méritent le nom de pamphlets) et d'attaquer ses adversaires (voir Sincerus Fidelis, *Critique de Woolhouse*, en allemand; Francfort et Leips. 1719. 8).

Une chose à remarquer, c'est que Woolhouse, praticien de Paris, ait publié son ouvrage français à Francfort-sur-le-Mein, fait étrange et capable, avec ses manières tranchantes et charlatanesques, d'accréditer ces rumeurs.

Mais passons à l'analyse de son ouvrage.

Complétons d'abord un point relatif à la seconde autopsie faite par Brisseau (§ XXI de ce mémoire, obs. V, dernier alinéa), qui peut donner la mesure de la bonne foi de Woolhouse. Vérification faite de la citation de Heister, nous trouvons à la page 302 de l'édition française de l'ouvrage de Woolhouse les lignes suivantes, qui sont en contradiction flagrante avec le passage du même auteur que nous avons rapporté dans le paragraphe cité : « Je déclarai à M. Bourdelot que son mal d'yeux était *absolument* des glaucômes, etc. « La traduction latine (p. 238) n'a pas, comme dit Heister, supprimé ces mots; elle dit aussi : « Postquam Domino Bourdelot *absolute asseverassem*, oculos suos glaucomatibus affectos esse etc. » Ces mots, écrits en 1714 à Palfyn, chirurgien de Gand, (p. 231, éd. Fr. p. 294) attribuent au diagnostic de Woolhouse une certitude qu'il n'avait nullement, comme il le dit lui-même plus tard, en oubliant les expressions positives dont il s'était servi quelques années auparavant.

Woolhouse suit en général la doctrine des anciens sur la différence entre la *cataracte* ou opacité membraneuse développée au devant du cristallin et le *glaucôme* ou l'opacité du cristallin lui-même. Mais il tache de colorer cette opinion d'une manière particulière pour se distinguer des autres (p. 187). D'après cela il

doit, en opposition avec Brisseau et Heister, etc., regarder le glaucôme comme une maladie très-fréquente (« très-ordinaire ») et incurable (p. 44 et 235). Il dit d'abord d'une manière très-catégorique (p. 18, 29 et 33) que jamais le glaucôme ne présente une couleur verte; que le glaucôme vert, symptomatique d'une opacité verte du corps vitré visible à travers le cristallin transparent, n'existe que dans l'imagination de Brisseau et de ses sectateurs... « Je n'ai jamais » dit-il (p. 29) « vu un glaucôme vert excepté sur « des chevaux, des mules, des bœufs et d'autres bestiaux qui « paissent dans les prés, sur lesquels cependant on ne trouve « aucun glaucôme proprement vert, mais seulement une teinte « verdâtre mêlée de bleu et de jaune, et variable selon la manière « dont les rayons lumineux sont renvoyés dans les yeux de l'ob- « servateur (*repercussis varians*, p. 29; » fort changeant selon les rayons de lumière dans lesquels on les regarde, éd. franç. p. 35); « ce qui m'a souvent tellement trompé, qu'un glaucôme qui m'a- « vait paru vert dans les champs me parut jaune-noirâtre ail- « leurs. » Ceci prouve que malgré la grande expérience dont il se targue tant, il n'a jamais bien reconnu le vrai glaucôme que Brisseau et Heister avaient beaucoup mieux observé, bien qu'ils l'eussent incomplétement décrit. Néanmoins il dit (contradiction singulière et qui montre son embarras) : « Personne, à ma con- « naissance, nie qu'il existe dans le corps vitré des glaucômes de « différentes couleurs. Plempius même en fait mention, et j'en ai « vu un très-grand nombre sur les yeux d'animaux disséqués par « moi. » (p. 29 ; éd. franç. p. 34.)

Cette dernière phrase suffit à elle seule pour prouver le peu de cas qu'il faut faire des assertions de Woolhouse ; car ou il n'a point fait de dissections, ou il les a mal faites, puisque jamais on ne trouve le corps vitré opaque en masse, à moins que l'œil ne soit atrophié et en voie d'ossification.

Il parle de quelques centaines de dissections qu'il aurait faites sur des hommes et des animaux, sans en rapporter une seule et sans prouver la vérité de ses assertions par des faits anatomiques (p. 90). Ce passage cependant, si l'on compare l'édition française p. 110, semblerait se rapporter plutôt à quelques centaines d'observations faites sur le vivant.

Il dit de même (p. 31) : « Lorsque le corps vitré est également « affecté de glaucôme, alors les yeux sont tout à fait atrophiés, « rapetissés, et entièrement concaves (*concavi omnino ;* renfoncés

dans la tête, éd. fr. p. 37), et on ne peut presque plus rien voir dans eux de l'iris coloré; lorsqu'on regarde dans l'œil, il devient « évident (*patet*) que le corps vitré est altéré, et très-souvent le « glaucôme du cristallin est d'une couleur et celui de la vitrée « d'une couleur différente. Lorsqu'on frotte et presse doucement « l'œil avec le pouce, alors on sent que le cristallin dur cède, se « tourne et se porte en arrière, de manière que quelquefois il « donne même un son ; et dans ce moment la surface de la cor- « née parait comprimée, la pupille s'élargit, devient oblongue ou « se ferme entièrement ou d'autres fois, est irrégulière ; les arté- « rioles de la conjonctive sont obstruées, mais flasques et relâ- « chées. » Malgré la prévention que l'arrogance et le charlatanisme évident de Woolhouse doivent faire naître dans l'esprit de ses lecteurs, et malgré l'obscurité et le désordre qui règne dans ses idées sur la cataracte et le glaucôme, on ne peut s'empêcher de reconnaître que dans le passage que nous venons de citer et dans quelques autres que nous allons rapporter à l'instant, Woolhouse n'ait entrevu et signalé plusieurs symptômes du vrai glaucôme, tels que la rétraction de l'iris, la dilatation et l'irrégularité de la pupille, les varicosités des vaisseaux de la conjonctive, etc., etc., auxquels ni Brisseau, ni Heister, n'ont fait attention, bien qu'il y mêle les symptômes de la cataracte branlante, en les exagérant à sa guise et en faisant rendre un son au cristallin déplacé. La même chose peut s'appliquer aux passages suivants qui prouvent que bien qu'il appelle glaucôme la cataracte lenticulaire, il avait néanmoins une idée obscure et confuse du véritable glaucôme qu'il ne voulait pas avouer, pour ne pas renverser son système, et qu'il connaissait au moins la cataracte lenticulaire compliquée d'amaurose et la cataracte glaucômateuse. C'était chez lui un parti pris de combattre à outrance les opinions de Brisseau, Maître-Jan et Heister, sans quoi son expérience journalière aurait dû lui prouver son erreur grossière, surtout sur l'incurabilité des prétendus glaucômes, sur laquelle il a reçu plusieurs démentis, comme nous verrons plus tard. Ici il faut placer les assertions suivantes : « J'ai abaissé plus « de vingt glaucômes (cataractes), mais sur vingt yeux j'en ai « trouvé à peine trois où la pupille ne restât point immobile et « plus large que dans l'état normal (p. 18). » Les cataractes compliquées d'amauroses ne sont cependant point aussi fréquentes. « Le « vrai glaucôme se développe d'ordinaire peu à peu et en même « temps dans les deux yeux et survient soit après de violentes cé-

« phalalgies, soit après les blessures de l'œil, soit par des mala-
« dies chroniques ou par suite de l'âge avancé. Les personnes qui
« travaillent longtemps et assiduement près du feu, qui portent de
« lourds fardeaux sur la tête, les cordonniers, les tailleurs, les hor-
« logers, les personnes qui travaillent avec la tête penchée y sont
« particulièrement exposées, ainsi que les soldats et surtout ceux
« qui ont reçu des blessures à la tête. J'ai vu aussi plusieurs per-
« sonnes être affectées de glaucômes après l'apoplexie, l'épilepsie,
« et des mouvements convulsifs ; il survient aussi chez des hommes
« de lettres dans les pays chauds ; mais je n'ai vu aucun glaucôme
« congénital ; au contraire j'en ai vu se former après l'usage pro-
« longé de collyres irritants. » (p. 30). — « Maître-Jân ne fait pas
« attention qu'il faut distinguer entre les cataractes simples et les
« cataractes compliquées soit de goutte sereine, soit de glaucô-
« mes, dans lesquels l'opération ne pourrait avoir un heureux suc-
« cès » (p. 92). — « Le siége profond dans l'œil est le signe le plus
« certain du vrai glaucôme qui n'est pas encore assez ancien pour
« quitter son châton et tendre en avant vers l'humeur aqueuse
« (ut e pul a sua exeat et antrorsum in humorem aqueum tendat,
« p. 182 ; et se forjeter en avant dans l'humeur aqueuse, éd. fr.
« p. 234), où se forment les véritables cataractes ou corps étran-
« gers. » — « Quoique les yeux des hommes autant que ceux des
« animaux soient beaucoup plus fréquemment affectés de glau-
« côme que de cataracte, il n'est cependant pas étonnant qu'on
« mentionne à peine cette affection incurable. Car la plupart des
« oculistes la confondent avec la vraie cataracte. . . . . Tous
« les animaux dans leur vieillesse sont plutôt exposés au glaucôme
« qu'à la cataracte, à l'exception des seuls veaux. Sur vingt veaux
« on en trouvera à pene cinq qui n'aient pas un glaucôme sur l'un
« des deux yeux, ce qui est sans doute causé par les accidents
« nombreux qui leur arrivent tandis qu'on les conduit de la cam-
« pagne à la boucherie. » (p. 188). C'est encore une grande exagé-
ration ; les cataractes traumatiques sont loin d'être aussi nombreu-
ses chez les veaux. — « J'ai fait moi-même à Paris d'innombrables
« opérations de glaucôme, dans le but d'obtenir au moins une
« cure palliative, en prédisant toujours au malade qu'il y verrait à
« peine mieux qu'auparavant et qu'il ne distinguerait confusément
« que les gros objets ou plutôt leurs mouvements au soleil, ainsi
« que la différence des couleurs noire et rouge. » (p. 234). — « Il
« est d'ailleurs connu que l'humeur vitrée dans les glaucômes a

« toujours été trouvée moins épaisse et d'une consistance plus « molle que dans l'état naturel, de manière que l'humeur vitrée « glaucômatique se dissipe et se fond plus tôt (dissipetur ac lique- « tur citius) que ne le fait l'humeur vitrée non viciée, même sans « l'approcher du feu. » (p. 36; éd. fr. p. 43 et 44). Woolhouse prétend aussi, contrairement à la vérité, que le corps vitré ne se coagule point par la coction qui, selon lui, le ferait disparaître par évaporation (p. 36).

Rapportons ici, pour mieux prouver le peu de valeur des assertions de Woolhouse, deux démentis qui lui ont été donnés, avec plus d'urbanité qu'il n'en employait envers ses adversaires et qu'il n'en méritait lui-même, par deux auteurs fort distingués et d'une bonne foi non suspecte. Ces deux observations montrent, comme nous l'avons déjà dit, qu'un grand nombre au moins de ses prétendus glaucômes n'étaient que des cataractes lenticulaires simples.

Méry (*Mém. de l'Ac. des Sciences*, 1708, p. 242), raconte que Petit (de Paris) avait extrait « un cristallin glaucômatique, » c'est-à-dire une cataracte lenticulaire, et que le malade pouvait se conduire seul après l'opération. « Un habile oculiste anglais » (c'est Woolhouse) « avait cru que l'opération que j'avais conseillée ne réussirait pas; il assura que nous avions pris pour un glaucoma ce qui n'était qu'une cataracte membraneuse, et il s'engagea de nous en donner en présence de l'Académie des démonstrations physiques et mathématiques. On accepta la proposition, le jour fut marqué : mais ses (p. 243) grandes occupations ne lui permirent pas de nous en donner les démonstrations qu'il nous avait fait espérer. Le prêtre sur qui l'on avait fait l'opération se rendit à l'Académie, comme ce célèbre oculiste l'avait souhaité; on examina son œil, et l'on reconnut qu'avec des lunettes plus convexes il distinguait et lisait de gros caractères. M. Petit fit voir ce qu'on avait tiré de l'œil de ce prêtre, et tout le monde reconnut que c'était un cristallin diminué par la maladie, et fort desséché depuis l'opération.

Ed. franç., p. 312. « M. Méry a fait faire à l'Hôtel-Dieu plusieurs opérations sans avoir jamais réussi à une seule, et ce printemps il a fait faire l'opération de la cataracte par Saint-Yves à Mme Ste-Paule (une des anciennes religieuses de l'Hôtel-Dieu) qui était travaillée de deux véritables glaucômes, que j'avais déclarés tels à deux différentes visites, et ainsi entièrement incurables par rapport à la vue.

« Mais M. Méry lui assura que les glaucômes (de ma façon) étoient tous de bonnes cataractes, et qu'ainsi elle pouvait en toute sçureté se laisser aiguillerer les yeux par S[t]-Yves (autrefois frère de S[t]-Lazare) qui a épousé le systéme de MM. Brisseau et Antoine; mais mon prognostic a été vérifié et cette religieuse est autant aveugle qu'avant l'opération. »

Voici maintenant en quels termes S[t]-Yves, excellent observateur, dont les paroles portent en général le cachet de l'expérience et de la bonne foi, dément cette assertion de Woolhouse (*Maladies des yeux*, 1722, p. 268) : « Je me crois obligé de détromper (p. 269) ici le public sur un fait rapporté dans un des écrits de M. de Woolhouse, qui a prétendu que la mère de S[t]-Paul, religieuse de l'Hôtel Dieu, était attaquée d'un glaucôme incurable, et qu'elle n'a point vu après l'opération; mais j'ai de quoi convaincre tous ceux qui aiment la vérité, que le fait s'est passé comme le voici.

« Je vis la malade dès le commencement, et je trouvai dans la maladie tous les signes de vraies cataractes, l'iris ayant tout son mouvement. L'hyver avant que je lui fis l'opération, elle eut une fluxion violente sur cet œil, qui dilata la prunelle, et détruisit en partie l'action des nerfs visuels. Mais parcequ'elle voyoit l'ombre de la main exposée entre la lumière et son œil, je lui accordai de lui faire l'opération, en l'avertissant qu'elle verroit peu; de quoi elle étoit si contente, qu'elle ne se proposait d'autre bien que de ne pas se heurter en marchant.

« J'abbattis sa cataracte; elle fut pansée à l'ordinaire; elle a vû de son œil autant et plus qu'elle n'espéroit, puisqu'une année après l'opération, je lui ai fait voir avec une lunette à cataracte, des lettres et des figures dans un tableau. »

Woolhouse réfute très-bien (p. 33 à 35) l'opinion de Brisseau qui attribue la teinte verte du corps vitré à l'imbibition du pigmentum noir de la choroïde. « Si le corps vitré était vert ou jaune « les malades devraient voir les objets en vert ou en jaune ou au- « trement colorés d'après la couleur du glaucôme, de quoi cepen- « dant aucun d'eux ne s'est jamais plaint dans le commencement « du glaucôme ou de l'ictère. J'ai cependant connu quelques ma- « lades à qui pendant un certain temps tous les objets paraissaient « rouges; symptôme qui cessait plus tard après l'emploi de l'arté- « riotomie temporale et des purgatifs. »

Cette dernière phrase est très-remarquable, si on se rappelle

que le vrai glaucôme est toujours la suite de la choroïdite aiguë ou chronique, parmi les symptômes de laquelle un auteur distingué, M. Mirault d'Angers (voir mon *Traité de l'ophthalmie*, etc., p. 120) a compté la vision en rouge.

Woolhouse a remarqué avec raison (p. 91) que les observations anatomiques de Brisseau ne prouvent point que le glaucôme soit produit par une opacité verte dans le corps vitré.

(La suite au prochain n°.)

CORRESPONDANCE.

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR L'EXTIRPATION DE L'OEIL.

Le chapitre suivant est extrait du livre (*Traité des sections tendineuses*) que vient de publier M. Bonnet de Lyon :

« On sait que, lorsqu'on enlève l'œil par les procédés ordinaires, on fait pénétrer l'instrument dans les graisses de l'orbite ; et que l'on coupe les muscles à une distance plus ou moins grande de leur insertion à l'œil.

« Dans cette opération, on divise les troncs des nerfs qui se distribuent aux muscles de l'œil, puisque l'on coupe ces muscles plus ou moins près de leur insertion orbitaire. On divise souvent des ramifications des artères ophthalmique, lacrymale ou frontale, ce qui donne naissance à des hémorrhagies souvent difficiles à arrêter ; on éviterait sans aucun doute tous ces accidents, si l'on coupait les muscles et le nerf optique à leur insertion à la sclérotique, et si l'on enlevait l'œil en laissant intacte la capsule dans laquelle il est renfermé. Évidemment en opérant de la sorte, on éviterait toute crainte d'hémorrhagies, on ne blesserait que le nerf optique, et la plaie étant séparée par un tissu fibreux des graisses de l'orbite, l'inflammation dont elle pourrait être le siége ne tarderait pas à se propager du côté du cerveau.

« Ces idées ne sont encore pour moi que des idées à priori ; je n'ai pas eu l'occasion de les appliquer sur le vivant, mais si je rencontrais un cas favorable à cette application, voici comment je procéderais à l'extirpation de l'œil :

« Après avoir écarté les paupières au moyen des instruments conseillés pour la strabotomie, je couperais le muscle droit interne avec les mêmes précautions que dans l'opération du strabisme ; puis, glissant des ciseaux à travers la plaie que j'aurais faite et les faisant pénétrer entre la sclérotique d'une part et le fascia sous-conjonctival et les muscles de l'autre, je couperais circulairement tous les muscles droits près de leur insertion à l'œil ; après cette section, il ne me resterait plus qu'à diviser aussi près que pos-

sible de l'œil les deux obliques, puis le nerf optique; l'œil serait alors enlevé sans que j'eusse intéressé aucun vaisseau, aucun nerf, et sans que j'eusse pénétré dans les graisses de l'orbite.

« La seule objection que je conçois contre ce procédé dont j'ai conçu l'idée lorsque je faisais des recherches anatomiques sur les membranes qui entourent l'œil, est la difficulté de trouver des cas où il puisse être mis en usage. Généralement les tissus qui entourent l'œil sont trop altérés dans les affections qui nécessitent l'extirpation de cet organe, pour que le procédé que j'indique puisse trouver son application. Je ne me rappelle qu'un seul cas où l'on eût pu le mettre en usage sans inconvénient; c'est celui d'une malade que j'ai vu opérer par M. Gensoul. L'œil n'avait point perdu sa forme et son volume; la vue y était abolie, et les douleurs atroces qu'éprouvait la malade et que rien n'avait pu soulager, décidèrent seules à l'opération; on trouva dans ce cas une tumeur mélanique qui n'avait encore envahi que la rétine; le procédé que j'indique eût trouvé là sans doute une utile application. »

M. le docteur V. Stœber, professeur à la faculté de médecine de Strasbourg, vient de mettre en pratique le procédé recommandé par M. Bonnet; voici ce qu'il m'écrit sous la date du 13 mars :

« J'ai fait, il y a quelques jours, l'extirpation d'un globe oculaire affecté de mélanose. J'ai suivi en partie les conseils de M. Bonnet de Lyon, en me servant du procédé de la strabotomie. Après avoir coupé le muscle droit interne, comme dans l'opération du strabisme, et avoir fait tirer l'œil fortement en dehors, j'ai coupé facilement le nerf optique avec des ciseaux courbés sur le plat et j'ai achevé l'opération en séparant de l'œil la conjonctive et les muscles près de leur attache à la sclérotique. L'œil enlevé était comme préparé, la sclérotique se trouvant parfaitement nette sans trace de tissu cellulaire. L'opération a duré bien moins longtemps qu'une extirpation d'après les procédés ordinaires et l'écoulement de sang a été peu abondant. C'est probablement la première fois que ce procédé est employé. »

J'ai suivi, dans une extirpation que je viens de pratiquer, la même conduite que M. Stœber. J'avais affaire à un fongus médullaire de la rétine; l'œil n'était pas déformé, le nerf optique a pu être coupé dans une portion saine. — Le procédé est d'une exécution très-facile, infiniment plus prompte que les autres. — Mais la suppuration a été d'une abondance que je n'avais jamais remarquée, le bourgeonnement a été excessif, et a donné pendant plusieurs jours à croire que les tissus laissés dans l'orbite étaient aussi dégénérés. — Mais cette suppuration abondante, ce bour-

gonnement excessif se manifesteront-ils dans tous les cas?... C'est à l'expérience à prononcer. *Le Rédacteur.*

DE L'INFLUENCE DE L'INFLAMMATION D'UN OEIL SUR LE RÉTABLISSEMENT DE LA FACULTÉ DE VOIR DANS L'OEIL DU COTÉ OPPOSÉ;

Par M. Serre, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

J'ai cherché, dans un article inséré dans la livraison de février (p. 210) des *Annales d'Oculistique*, à apprécier l'influence que l'action de la lumière sur un œil, récemment opéré de la cataracte, peut avoir sur le rétablissement de la vue du côté opposé. Je vais maintenant citer quelques faits qui semblent démontrer que l'inflammation de l'œil occasionnée par l'opération ou un agent vulnérant quelconque, est susceptible jusqu'à un certain point de produire le même résultat.

Obs. I. — Tandis que j'observais ce qui se passait chez le nommé Carias, dont il a été déjà question (l. cit., p. 211), j'eus à donner mes soins à un malade du département de la Lozère, qui m'avait été adressé par M. le docteur Salason, et qui présentait d'un côté une oblitération de l'ouverture pupillaire, et de l'autre une amaurose presque complète à l'œil droit. Comme tous les moyens que j'avais mis en usage contre cette dernière maladie, avaient été sans effet, et que le nommé Roumejean y voyait à peine pour se conduire, je conçus le projet d'établir une pupille artificielle à l'œil gauche; en conséquence, dès le 10 août 1841, je pratiquai, vers le milieu de la cornée transparente, une petite incision qui me permit d'aller saisir l'iris avec le crochet de Beer, près de son union avec le corps ciliaire, et de le détacher de manière à venir l'engager dans l'ouverture faite à la cornée et à frayer ainsi un passage aux rayons lumineux.

Cette opération réussit au-delà de mes espérances, eu égard à la formation de la nouvelle pupille, qui conserva toujours les mêmes dimensions; mais à l'instant où le décollement de l'iris eut lieu, il me fut facile de reconnaître que les parties profondesde l'œil avaient trop souffert pour se prêter au rétablissement de la vision. Néanmoins sous l'influence des accidents inflammatoires que suscita l'opération, la vue du côté de l'œil amaurotique éprouva une amélioration tellement sensible, que le malade ne cessa pendant plus de quinze jours, d'en témoigner tout son contentement. Malheureusement, à mesure que l'inflammation céda aux moyens que je crus devoir mettre en usage, l'état de l'œil atteint d'amaurose redevint, à peu de chose près, ce qu'il était auparavant, et Roumejean quitta l'hôpital sans être guéri.

Obs. II. — Ayant eu à traiter, pendant le même quadrimestre, un nouveau malade qui avait une cataracte à l'œil droit, et une amblyopie déjà très-avancée à l'œil gauche, j'ai pu constater que la vue de ce même côté s'était améliorée par le fait seul de la phlogose qui s'empara de l'œil droit à l'occasion de l'opération à laquelle il fut soumis. Il y a plus, au moment où l'inflammation touchait à son terme, une ophthalmie purulente, causée par une imprudence de la part du malade, se déclara à l'œil récemment opéré, et en entraîna la perte ; mais chose digne de remarque, cet accident, loin de nuire à la vue du côté de l'œil amaurotique, parut au contraire la fortifier.

Voilà donc deux sujets chez lesquels l'état inflammatoire d'un œil, survenu chez l'un à l'occasion de la formation d'une pupille artificielle, chez l'autre à l'occasion de l'opération de la cataracte, a suffi pour améliorer, au moins momentanément, la vue du côté opposé à celui sur lequel l'opération avait été pratiquée.

C'est en réfléchissant à ces mêmes faits que j'ai été entraîné plus tard à plonger un aiguille à cataracte dans la chambre postérieure, chez un malade atteint d'amaurose, dans le but de titiller légèrement la portion de la rétine qui correspond à la partie inférieure de l'œil, et de réveiller ainsi la sensibilité de cette membrane. Ce moyen n'a pas eu, il est vrai, tout le résultat que j'en attendais, et son action n'a été que médiocre et temporaire ; mais peut-être aussi, par ménagement pour le malade, n'ai-je pas provoqué un degré suffisant d'inflammation.

Lorsque je considère les bons effets que produit la cautérisation de la cornée dans certains cas d'amaurose, ou même ceux que quelques médecins oculistes disent avoir retirés des frottements répétés sur les paupières ou sur le globe de l'œil, j'aime à me persuader qu'il y a encore quelque chose à faire dans cette direction, dans l'intérêt des sujets en proie à cette cruelle maladie ; si jusqu'à ce jour, elle a été, en général, rebelle à tous les moyens de l'art, cela n'a tenu qu'à ce que les remèdes dont on s'est servi n'étaient pas appropriés à la nature de la lésion. C'est là, du moins, ce que tendent à démontrer les succès qu'a obtenus M. Pétrequin, et dont il est fait mention dans le travail qu'il vient de publier.

En attendant que je me livre moi-même à des recherches ultérieures sur ce sujet, j'ai cru devoir prendre date et signaler les faits qui m'ont conduit à ouvrir une nouvelle voie au traitement de l'amaurose (1); qu'il me suffise pour le moment de dire que, pour

(1) On me permettra de rappeler ici ce que j'écrivais en septembre 1840 (*An-*

triompher de cette maladie, il faudrait peut-être agir directement, non pas sur la cornée transparente, ou sur la peau qui recouvre les parties les plus voisines de l'œil, mais bien sur la branche frontale du nerf ophthalmique de Willis, sur le ganglion ciliaire, sur l'iris, ou même sur la rétine. Il reste bien entendu que je ne parle que des amauroses asthéniques, nerveuses, dans lesquelles il y a perte plus ou moins complète de la vue sans altération matérielle appréciable dans les milieux transparents de l'œil,

---

DE LA FIXATION DE L'ŒIL DANS L'OPÉRATION DE LA CATARACTE PAR EXTRACTION;

Par le docteur J. E. Pétrequin, de Lyon.

Quand il s'agit d'un point aussi important et d'une opération aussi difficile que l'extraction de la cataracte, on ne saurait fournir trop de lumière, et je crois entrer dans les vues des lecteurs des *Annales d'Oculistique* en ajoutant quelques détails au mémoire que j'ai publié sur ce sujet. Je dois présumer qu'ils ne seront pas sans valeur.

J'ai dit que c'était un progrès d'avoir utilisé les manœuvres de la strabotomie pour l'opération de la cataracte, et que M. Bonnet en avait le premier fait l'application à l'extraction (*Annal. d'Oculist.* févr. 1842, p. 194); cet auteur vient de faire paraître un Traité des sections tendineuses et musculaires qui nous permettra de citer ses propres expressions : « J'ai pensé, dit-il, qu'on pourrait faire disparaître les difficultés de l'extraction, en fixant l'œil comme dans l'opération du strabisme; et en maintenant les paupières écartées au moyen des dilatateurs perfectionnés qu'on emploie dans cette dernière opération. »

nales d'Oculistique, vol. III, p. 276, note) : « J'ai réussi dans ces derniers temps à guérir, ou du moins à modifier, par l'exercice au moyen des verres, en en diminuant chaque jour le foyer, puis enfin à l'œil nu, plusieurs cas de myopie et de presbyopie des plus prononcés. J'en ferai prochainement l'objet d'un mémoire, qui sera d'autant plus curieux que ces deux vices de la vision sont généralement réputés incurables. *Je signalerai en même temps la cure de plusieurs* AMAUROSES, par l'usage opportun du même moyen. » — Je rapporterai dans la prochaine livraison des *Annales*, les faits que je mentionnais en 1840; j'y ajouterai quelques observations que j'ai recueillies depuis. FLORENT CUNIER.

« L'incision que l'on doit faire à la cornée dans la *kératotomie inférieure,* doit comprendre la moitié de la circonférence de cette membrane ; elle doit-être faite sans blesser l'iris, etc. Il est très-difficile de remplir ces conditions lorsqu'aucun instrument ne maintient l'œil immobile.... Toutes ces difficultés peuvent être évitées en fixant l'œil comme dans l'opération du strabisme, la cornée restant alors toujours dirigée en avant et ne fuyant jamais devant le kératotome, la section d'une moitié de sa circonférence peut être faite avec une précision et une facilité qui dépassent tout ce que l'on pourrait présumer. »

Voici comment l'auteur décrit sa manière de faire : « Si l'on fixe l'œil et qu'on maintienne les paupières écartées dans l'opération de la cataracte par extraction, en se servant des instruments usités dans la strabotomie, on fait de l'extraction du cristallin une opération facile à exécuter avec précision et qui n'entraîne aucun des accidents immédiats qu'on lui a reprochés... Je fais coucher le malade ; si j'opère l'œil gauche, je me place à sa droite, l'élévateur et l'abaisseur des paupières sont appliqués et confiés chacun à un aide qui a soin d'éviter qu'ils ne compriment l'œil. Je tiens de la main gauche une pince à crochets sans ressort, et de la droite une pince à crochets avec ressort ; avec la première, je commence à saisir la conjonctive en haut et en dehors de la cornée ; avec la deuxième je saisis solidement la conjonctive et le fascia sous-conjonctival, à 4 ou 5 millim. de la cornée, un peu au-dessus de l'angle externe des paupières. Cette pince est alors confiée à l'aide qui maintient l'élévateur de la paupière supérieure ; elle fixe l'œil et l'empêche de se porter en-dedans ; je saisis alors l'abaisseur de la paupière avec la main gauche, et au moyen du kératotome je fais la section de la cornée. Quelquefois le cristallin sort immédiatement ; s'il ne s'échappe pas de suite, une légère pression sur la partie supérieure de l'œil en détermine la sortie. Dans quelques cas rares, il est nécessaire, quand son rebord inférieur se présente à travers l'ouverture pupillaire et soulève la cornée, de faire une piqûre à la capsule cristalline.... Il faut avoir vu pratiquer cette opération pour se faire une idée de la promptitude, de la précision et de la facilité extrême avec laquelle on l'exécute. Toujours l'incision suit le contour de la cornée, jamais l'iris n'est blessé ; jamais, si les aides sont attentifs, il ne sort une quantité d'humeur aqueuse assez considérable pour que l'œil s'affaisse ; et je ne crois pas qu'il y ait de l'exagération à dire que

l'opération de la saignée n'est pas plus facile que l'extraction de la cataracte exécutée de la sorte. » (loc. cit.)

On voit que cette modification opératoire constitue un véritable progrès; et, sans admettre tout-à-fait la comparaison peut-être exagérée de l'extraction avec la saignée, on ne peut nier qu'elle ne soit très-avantageusement simplifiée. Ainsi le 1er *temps* ou la fixation de l'œil, devient un préliminaire important pour faciliter le reste de la manœuvre opératoire. — Dans le 2e *temps* l'auteur pratique la *kératotomie inférieure ;* quant à moi je préfère la *kératotomie oblique*, et j'ai donné des raisons qui me paraissent péremptoires; les résultats alors deviennent plus beaux et plus sûrs. — A l'égard du 3e *temps* ou incision de la capsule, il n'est pas nécessaire de faire remarquer que l'auteur l'oublie; car ce n'est que dans *quelques cas rares* qu'il y fait une *piqûre*. Il me semble, si je ne me trompe, que cette omission ne devra pas servir de modèle; j'en ai plus haut déduit suffisamment les motifs. — Les mêmes remarques s'appliquent au 5e *temps* ou extraction des accompagnements de la cataracte, suivant l'expression de Maître-Jan.

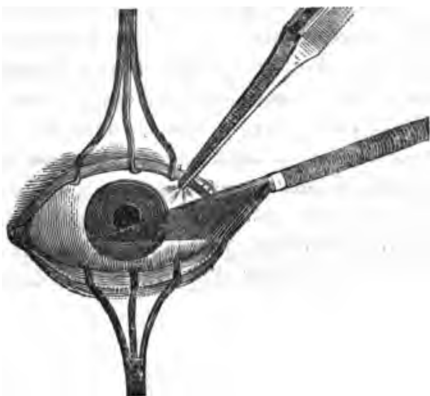
On a craint l'action des pinces sur la conjonctive; voici comment M. Bonnet répond à ces objections, en indiquant comment il est arrivé à cette application : « Si l'on a pu craindre de fixer l'œil en saisissant la conjonctive et le fascia sous-conjonctival, tant que l'on a confondu, dans l'idée d'un danger presque égal, les plaies de l'intérieur de l'œil et celles des parties qui l'avoisinent, ces craintes doivent disparaître entièrement aujourd'hui après l'opération du strabisme... Si l'inflammation qui suit ces dissections étendues est sans danger, évidemment on ne peut craindre celle qui sera la suite du froissement d'une partie très-bornée de la conjonctive, par une pince à crochets destinée à fixer l'œil dans l'opération de la cataracte par extraction. Ce sont ces idées qui m'ont conduit à fixer l'œil comme pour la strabotomie. J'étais sûr, en reproduisant ce qui se fait dans cette opération, de maintenir l'œil avec solidité, de ne provoquer dans cet organe aucune inflammation intérieure, et d'éviter ainsi les inconvénients que l'on a reprochés à la pique de Pamard, qui, bien que pouvant être avantageusement remplacée, ne méritait pas la désuétude dans la quelle elle est tombée. » (op. cit.)

Je n'ajouterai plus qu'un mot sur les avantages de cette manœuvre : d'après le même auteur, « la possibilité de vider l'œil dans l'opération de la cataracte par extraction, tient unique-

ment à la compression qui peut être exercée sur l'œil après que la cornée a été largement ouverte. Les aides qui sont chargés d'écarter les paupières, ne peuvent que bien difficilement les maintenir à une distance convenable sans exercer une pression sur l'œil, et c'est cette pression presque inévitable qui exprime les humeurs de l'œil et qui fait craindre aux opérateurs d'extraire le corps vitré, lorsqu'ils ne voulaient enlever que le cristallin. On évite tous ces inconvénients, et l'on découvre l'œil plus complétement que ne peuvent le faire les doigts des aides en se servant des élévateurs que j'ai recommandés pour l'opération du strabisme. Lorsque les manches de ces instruments pressent sur le front d'une part et sur la face de l'autre, ils écartent les paupières tout en les maintenant à une certaine distance de l'œil sur lequel ils n'exercent aucune pression ; ce qui assure contre toutes les chances de vider l'œil ; même dans les cas où celui-ci est très-saillant et fortement comprimé par les muscles qui l'entourent, la quantité d'humeur vitrée qui s'échappe avec le cristallin est si peu considérable qu'elle n'altère en rien la forme du globe oculaire. »

J'ai fait une extension de cette manœuvre à l'opération de la cataracte par abaissement ; dans les cas ordinaires, c'est une modification bien moins nécessaire que pour l'extraction, où elle est de la plus haute importance. Mais je l'ai appliquée surtout aux cataractes *adhérentes*, et je crois que c'est là un perfectionnement incontestable. J'ai indiqué combien elle sera avantageuse dans les cataractes congénitales, etc. J'ajouterai que j'en ai retiré un grand bénéfice dans deux cas d'opérations de *pupille artificielle ;* il me suffira d'avoir indiqué les autres applications utiles qu'on peut en faire à la chirurgie oculaire, sans être obligé d'y revenir ici.

La figure ci-dessous fera mieux comprendre la chose qu'aucune description.



GRANULATIONS CONJONCTIVALES.

M. le docteur Vleminckx, inspecteur-général du service de santé de l'armée, a bien voulu nous communiquer la lettre suivante, qui lui a été adressée, sous la date du 15 mars, par M. le docteur Decaisne, médecin de régiment à Hasselt :

« Ayant voulu poursuivre mes recherches sur les granulations dans le ci-
« vil et corroborer les faits que j'ai avancés dans ma réponse à M. le docteur
« Caffe, je crois devoir vous informer que sur 370 hommes de la pro-
« vince de Limbourg qui viennent d'être incorporés aujourd'hui et que j'ai
« visités, j'en ai trouvé 108 atteints de granulations, parmi lesquels plu-
« sieurs avaient des ophthalmies assez fortes. En outre, j'ai remarqué qu'une
« foule de femmes et d'enfants étaient aussi atteints du même mal dans
« cette province.

« D'après ces nouveaux faits, je crois donc bien pouvoir soutenir mainte-
« nant comme je l'ai déjà fait, que la cause première de l'ophthalmie n'existe
« pas dans l'armée, mais dans une prédisposition de notre population. J'es-
« père, Monsieur l'Inspecteur général, que les faits que je viens de constater
« de nouveau pourront vous être de quelque utilité, soit seuls, soit avec
« ceux d'autres provinces; j'ai cru devoir vous les faire connaître comme
« étant en accord parfait avec ce que j'ai écrit. »

Note du Rédacteur. Le passage suivant, extrait de l'ouvrage que vient de publier M. Gouzée (*De l'ophthalmie qui règne dans l'armée belge*, etc., p. 195), m'a paru trouver sa place ici : « La population de notre pays, dit M. Gouzée, a forcément puisé à son tour à la source toujours si active que lui offrait l'armée, le funeste germe de l'ophthalmie et les altérations granuleuses sont aujourd'hui très-répandues dans la classe civile. M. Decondé, d'après les recherches auxquelles il s'est livré, évalue à un sixième de la population, la masse des granulés qui s'y montrent en Belgique, *proportion que nous serions porté à élever encore en ce moment*, si nous en jugions par ce qui se passe chaque jour sous nos yeux. On ne s'étonnera pas que cet état morbide se soit propagé de toutes parts, maintenant surtout que l'on connaît bien son mode d'extension, si l'on songe que depuis vingt-cinq ans des membres d'un grand nombre de familles, appelés tour à tour à servir le pays, ont passé successivement dans les foyers d'infection où il prend naissance. Chez les personnes de la classe civile, les altérations palpébrales ne présentent pas toujours les caractères qui distinguent plus particulièrement celles de nos soldats et elles restent plus communément latentes, stationnaires, et elles passent moins souvent à l'état d'ophthalmie déclarée ou propre-

ment dite. Nous pensons que ces différences résultent, non de ce qu'il existe quelque chose de spécial dans l'ophthalmie qui règne dans l'armée, mais de l'isolement où vivent en général ces personnes; la seule circonstance de la réunion d'une grande masse d'individus, de leur encombrement, imprime à l'ophthalmie, comme à d'autres maladies, à la dyssenterie, au typhus, par exemple, une nuance différente, une apparence de spécificité qui disparaît ou est beaucoup moins tranchée quand on l'observe loin de ces grandes agglomérations, l'une des plus funestes nécessités auxquelles l'état de civilisation aît asservi les hommes. »

On a vu, par le tableau ci-dessus (p. 2 et 3), des maladies observées à l'institut ophthalmique de Bruxelles, que j'ai traité en 15 mois, 63 malades porteurs de granulations, et 81 atteints d'ophthalmie purulente. Ce tableau comprend en outre 1 cas de trichiasis, 33 cas de pannus vasculaire, etc., entretenus par des granulations (1).

Plusieurs de ces malades avaient appartenu à l'armée, il m'a été possible, chez tous les autres, d'établir que le mal provenait du contact avec des individus ayant été soldats, et ayant souffert d'ophthalmie pendant qu'ils étaient sous les armes. — J'ai consigné dans mon *Compte-rendu*, et on trouvera prochainement dans ces *Annales*, les documents que j'ai recueillis, et ceux qui m'ont été communiqués par mon honorable ami, le docteur Stiévenart, chirurgien en chef de l'institut ophthalmique de Mons. Tous deux, nous avons été conduits aux mêmes conclusions confirmatives de l'opinion de M. Gouzée, opinion entièrement opposée à celle de M. Decaisne, pour qui le *résultat* est la *cause*. — La circonstance que ce médecin a rencontré un fort grand nombre de granulés (108 sur 370) parmi les miliciens de Limbourg incorporés cette année, trouve facilement son explication. Le Limbourg a été surchargé pendant plusieurs années, de 1830 à 1839, de logements militaires, et tous les régiments qui y ont stationné, souffraient de l'ophthalmie; je citerai à ce propos ce que j'écrivais le 10 août 1838 (*Bulletin médical belge*, octobre 1838, p. 269) : « L'ophthalmie avait régné avec plus d'intensité dans le 4e de ligne avant les deux derniers mois de 1832; ce régiment était alors cantonné, il est vrai, mais dans les environs de Maestricht, dont on faisait une espèce de blocus, et *les soldats étaient entassés les*

(1) Parmi les autres maladies, il en est un assez grand nombre (choroïdites, glaucômes, hyperkératoses, staphylômes, leucômes, occlusion de la pupille, etc.) qui étaient aussi la suite de l'ophthalmie militaire.

uns sur les autres dans les maisons étroites et peu ou pas du tout aérées des habitants de cette partie de notre pays. » Si les habitants des villages du Limbourg sont infectés de granulations, cela ne doit nullement étonner; cela n'a, à nos yeux, rien que de très-naturel; il en est de même de toutes les provinces dont les habitations sont aussi propices à la propagation du mal, et qui ont également été pendant un certain temps encombrées de troupes infectées d'ophthalmie. Les faits observés par M. Decaisne réalisent cette prévision de M. Gouzée : « Les granulations se sont propagées de l'armée dans la population, et celle-ci pourrait ainsi lui rendre la maladie. » C'est ce qui arrive.

OPHTHALMIE DE L'ARMÉE NEÉRLANDAISE;

Lettre de M. le docteur Snabilié, chirurgien-major de l'hôpital et de la garnison de Breda.

Monsieur et très-honoré confrère,

Depuis quelque temps l'ophthalmie militaire (*Oph. bellica*) ne se montre presque plus dans les corps de notre armée; les maladies oculaires qui sont encore observées, sont de nature catarrhale ou scrofuleuse. Pour ce qui est des granulations, presque toujours suites de l'ophthalmie militaire, on en rencontre de temps en temps; mais le plus souvent sans sécrétion muco-purulente; elles s'affaissent et guérissent avec assez de promptitude sous l'influence de l'attouchement avec le nitrate d'argent.

Dans la garnison de Breda, dont je dirige le service sanitaire, nous ne rencontrons que de loin en loin depuis 1839 des cas d'ophthalmie des armées; avant cette époque il en existait toujours de 20 à 30 cas en traitement. Les militaires chez lesquels la maladie a amené des désorganisations ne sont plus aujourd'hui retenus sous les armes, ils sont aussitôt congédiés; ceux qui sont porteurs de granulations fortes et anciennes, surtout de vésiculeuses, sont éloignés de leurs compagnies; les soldats atteints de légères granulations sont seuls tenus au corps et l'on se borne, pour la plupart du temps, à des soins hygiéniques.

On n'admet plus les recrues qui portent des affections ophthalmiques, lymphatiques ou scrofuleuses; on écarte surtout celles chez lesquelles on remarque des granulations.

C'est à ces mesures qui ont diminué l'activité des causes de la maladie et fait cesser les foyers miasmatiques et contagieux, qu'est due, selon moi, la grande diminution, je dirai plus, la presque extinction du mal; les faits ont parlé. Vous serez, je pense, Monsieur et très-honoré confrère, de mon avis.

Agréez, je vous prie, l'expression de mes sentiments les plus distingués, etc.

Breda, 1er mars 1842.

Note du Rédacteur. — Les mesures dont parle M. Snabilié, sont mises à exécution en Hollande depuis la fin de 1839, c'est-à-dire depuis un peu plus de deux ans. Elles ont fait considérablement baisser le chiffre des ophthalmistes de l'armée. Cela prouve leur efficacité; mais il en est quelques-unes que je ne saurais approuver, parce qu'elles me paraissent susceptibles de multiplier parmi les populations le nombre des cas d'ophthalmie. On a vu par la note ci-dessus ce qui se passe en Belgique; en Hollande, le mal s'est moins étendu dans la classe civile, et tous les efforts du gouvernement de ce pays doivent tendre à la préserver.

« Les militaires chez lesquels la maladie a amené des désorga« nisations, dit M. Snabilié, ne sont plus retenus sous les armes; « ils sont aussitôt congédiés. » Il eût été beaucoup plus sage de créer un asile spécial pour ces malheureux, où seraient gardés comme pensionnaires à vie, les aveugles qui y consentiraient, et de ne renvoyer dans ses foyers aucun homme porteur d'une lésion nécessitant la réforme ou la mise à la pension, qu'après l'avoir tenu pendant longtemps en observation et avoir ramené ses yeux à un état tel qu'il soit désormais probable — je n'oserais dire *certain* — qu'il ne communiquera point le mal à ses proches. Je me suis étendu à diverses reprises (*Bulletin méd. belge* et *Bulletin thérap.*, 1838 et *Annales d'Oculistique*) sur les désastreux effets du renvoi dans leurs familles, de soldats congédiés pour perte de la vue, avant que leurs paupières eussent été ramenées à l'état sain; la note qu'on vient de lire en forme le complément.

M. Snabilié nous apprend que les individus atteints « de légères « granulations sont tenus au corps, et que l'on se borne, pour « la plupart du temps, à des soins hygiéniques. » C'est là, selon moi, pousser trop loin la confiance; il n'y aucun inconvénient à retenir ces soldats au corps, c'est vrai, mais il ne faut pas cependant s'en tenir aux seuls soins hygiéniques; les granulations, quelque légères et peu prononcées qu'elles soient, doivent toujours être détruites par le caustique. L'expérience de tous les jours montre combien il importe d'agir ainsi.

Pour ce qui est de l'ordre « de ne pas admettre les recrues chez « lesquelles on remarque des granulations, » je partage entière-

ment à ce sujet l'opinion de M. Gouzée (loc. supracit. p. 19
« qu'un homme affecté de granulations palpébrales, se présent
« même pour servir comme volontaire ou remplaçant, devrait ê
« admis dans l'armée ; ce serait à la fois le moyen d'empêche
« rejet d'une foule d'hommes très-propres d'ailleurs au mét
« des armes, et de contribuer, en les soumettant aussitôt au tr
« tement mis en usage aujourd'hui dans les régiments, sans pré
« dice au service, à éteindre le germe de l'ophthalmie dans
« population du pays. Il faudrait toutefois en excepter les re
« plaçants et les volontaires atteints de boursoufflements gran
« leux considérables, dont la guérison est quelquefois difficile
« d'ailleurs toujours très-lente à obtenir. »

La lettre de M. Snabilié constate la décroissance sensible d
cas d'ophthalmie dans l'armée hollandaise. C'est là le beau côté
la médaille : il est temps encore de faire qu'elle n'aît pas, dans l
Pays-Bas, le douloureux revers que le temps est venu lui imprim
en Belgique.

Dans notre pays aussi, le chiffre des soldats affectés de ma
d'yeux, diminue progressivement ; c'est ce qui a été établi l'a
dernier par les états statistiques publiés dans ce journal (vol.
p. 25).

Le tableau ci-contre montre le mouvement du mal pendant l'a
née 1841.

Dans le nombre des entrés sous traitement, figurent un gra
nombre d'individus, qui ont reparu, à plusieurs reprises, pe
dant l'année, dans les établissements sanitaires, de sorte que
chiffre 714 précise bien la quantité des affections admises en tra
tement, et ne représente nullement celle des hommes atteints.

Dans ce chiffre sont également compris tous les hommes qu
ont été atteints de n'importe quelle affection oculaire. — Le
ophthalmies militaires se sont montrées en très-petit nombre ;
l'on en excepte l'épidémie qui a régné, pendant quelque temps
au 9e de ligne (1), elles ont été d'une rareté extrême.

Presque tous les cas appartiennent aux ophthalmies catarrhales
scrofuleuses, rhumatismales et vénériennes.

Le chiffre des granulés dans les corps se réduit de plus en plus
on avait l'espoir fondé que toutes les granulations disparaîtraient,

(1) Voir la notice de M. Fallot, sur cette épidémie, *Annales d'Oculistique*, novembre 1841, vol. VI, liv. 2.

l'armée belge pendant l'année 1841

..UT.	SEPTEMBR.	OCTOBRE.	NOVEMBR.	DÉC...
1	»	1	»	
5	1	3	3	
»	1	»	1	
3	»	»	1	
1	3	2	»	
8	3	1	5	
3	7	1	3	
3	1	»	»	
9	4	5	3	
2	2	1	»	
2	»	»	»	
»	»	»	»	
2	2	»	1	
1	1	2	1	

dans le courant de 1842 ; mais la levée de cette année en a apporté un assez grand nombre de nouvelles.

On peut donc dire aujourd'hui avec plus de raison encore que l'an dernier (loc. cit.), qu'il est désormais permis d'affirmer que l'ophthalmie, dite militaire, a cessé de régner dans l'armée belge.

La puissance des moyens mis en usage pour en amener l'extirpation, ne saurait donc être révoquée en doute.

Mais n'est-il pas désolant que quelques-uns de ces moyens aient eu pour résultat de déplacer le foyer du mal, de porter l'infection dans les populations?

La calamité est grande déjà. Il est temps d'agir, mais d'agir avec énergie.

JOURNAUX ALLEMANDS.

Schmidt's Jahrbucher.

COMPOSITION CHIMIQUE DU CRISTALLIN.

D'après M. Fr. Simon (Bd. XXXII, h. 1), le cristallin renferme une substance analogue au caséum, particulièrement au caséum du lait de vache.

Quand on le mêle avec du sucre de lait, et qu'on expose ce mélange à la chaleur de la digestion, après y avoir ajouté des fragments d'estomac de veau, il se coagule comme la solution de caséum ; les acides acétique et lactique le précipitent, et, par évaporation, une partie se sépare et vient nager à la surface du liquide dans un état de coagulation ou de demi-coagulation. Le cristallin contient en outre de l'albumine, et cela en plus grande quantité. Sur 100 parties, l'auteur a trouvé :

	Dans le bœuf.	Dans le cheval.
Eau.	65,762	60,000
Graisse.	0,045	0,142
Cristalline.	10,480	14,200
Albumine.	23,290	25,531
Matière extractive avec du chlorure de soude et des lactates.	0,495	0,426

Sachs's Allgemeine Central Zeitung.

ÉPIDÉMIE OPHTHALMIQUE DANS LA MAISON DE CORRECTION DE CELLE.

Le docteur Dorsch écrit que l'ophthalmie égyptienne a éclaté en novembre dernier dans la maison de correction de Celle. Elle a atteint 88 prisonniers sur une population de 427. Sa marche a été aiguë chez plusieurs, mais dans le plus grand nombre de cas elle a revêtu un caractère torpide. Dans cette épidémie, comme dans celle qui s'était montrée, en novembre 1840, dans la maison de détention d'Osnabrück, M. Dorsch s'est fort bien trouvé d'ouvrir et de cautériser les pustules (*Bläschen*), nom qu'il donne aux granulations vésiculeuses de la conjonctive. Lorsque ces granulations ne pouvaient plus être atteintes avec l'aiguille à cataracte, il les a touchées avec un pinceau chargé d'une solution de nitrate d'argent (8 grains pour 1 gros eau distillée).

MYOTOMIE ET TÉNOTOMIE OCULAIRES; par le docteur F. G. Proske.

L'auteur rend compte des résultats des opérations pratiquées par le professeur Kuh, de Breslau. M. K. a employé la myotomie ou la ténotomie oculaires : 1° pour la guérison du strabisme et de ses complications avec la diplopie, la myopie, le nystagme, l'amblyopie; 2° pour déterminer le strabisme artificiel dans les cas de cécité due à des taches centrales de la cornée; 3° pour guérir la myopie et la presbyopie. — Dans ce dernier cas il divise les deux obliques; dans la myopie il coupe les 4 muscles droits. M. K. a rarement observé le strabisme dans la direction opposée au muscle divisé; il a souvent trouvé utile de diviser le droit supérieur, ou le grand oblique, ou tous deux à la fois. Dans presque tous les cas, il y a eu proéminence du bulbe. Sur 55 cas de strabisme convergent (dont 21 de l'œil droit, 24 de l'œil gauche, 10 des deux yeux), M. K. a obtenu 45 guérisons, 11 améliorations (?); dans 1 cas le strabisme a persisté. — Il est revenu à l'opération chez un malade; il y a eu inflammation dans 1 cas. 9 fois il a divisé l'oblique supérieur, 2 fois le droit supérieur, 1 fois le droit inférieur.

M. Proske ne dit pas le résultat de la section des deux obliques dans la presbyopie.

ANNALES

D'OCULISTIQUE.

Tome VII. — 2e livraison. — Mai 1842.

MÉMOIRE

SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE D'EMPLOYER LE NITRATE D'ARGENT DANS QUELQUES OPHTHALMIES;

Par M. le docteur Desmarres, chef de clinique de M. Sichel.

---

§ I.

Depuis dix années environ, un grand nombre de médecins et de chirurgiens emploient le nitrate d'argent indistinctement dans presque toutes les ophthalmies, tandis que d'autres, craignant les dangereux effets qu'il a quelquefois produits entre leurs mains, le rejettent absolument de leur pratique comme un topique des plus infidèles. Une telle divergence d'opinions tient nécessairement à quelque cause, et, à notre avis, cette cause est tout entière dans ce que son mode d'administration n'a pas été suffisamment étudié, et par cela même, soumis à une expérimentation sévère et à des règles précises. Une observation soutenue et souvent répétée étant le seul moyen de fixer l'attention du praticien sur l'emploi de cet agent si utile, et de lever tous les doutes, nous croyons devoir faire connaître les résultats que nous avons obtenus, en engageant nos confrères à vérifier leur exactitude et à publier eux-mêmes ce qu'ils auront fait à ce sujet.

Lorsque l'on considère l'arbitraire qui règne dans la manière de doser le collyre de nitrate d'argent, dans la détermination du cas et du moment où il doit être prescrit, et l'abus incroyable qu'on fait du même corps en crayon; lorsqu'on voit les meilleurs praticiens l'employer en quelque sorte par habitude, toujours à la même dose, faible chez les uns, excessivement forte chez les autres; lorsqu'on constate que l'administration du médicament est suivie tantôt de succès, tantôt

de revers imprévus, ne doit-on pas être surpris qu'aucune règle fixe n'ait été tracée jusqu'ici?

Telles sont les réflexions que m'a suggérées l'étude de l'emploi du nitrate d'argent dans les ophthalmies; tel est aussi le motif des recherches que j'ai dû faire sur ce point important de thérapeutique oculaire, et pour arriver à quelque chose d'à peu près certain. Avant d'aller plus loin, jetons rapidement un coup-d'œil historique sur l'emploi du nitrate dans les ophthalmies.

§ II.

Notre but est ici moins de rappeler les noms de ceux qui ont employé les premiers le nitrate d'argent, que la forme sous laquelle on l'a prescrit et les doses auxquelles on en a fait usage jusqu'à présent.

1826. Dans le Journal de chirurgie de Graefe et de Walther (vol. X, p. 379. Berlin, 1827), on trouve que le premier de ces chirurgiens a employé le nitrate d'argent, en 1826, sous forme liquide, à la dose de 10 grains par once d'eau, dans trois cas d'ophthalmie purulente intense. Les douleurs provoquées par les instillations étaient modérées, duraient de cinq à dix minutes, et se terminaient par une sensation de bien-être notable. Après deux ou trois jours, le chémosis séreux, le gonflement avaient rapidement diminué et la photophobie avait disparu. Après huit jours, l'amélioration était telle que Graefe put passer à des collyres plus doux qui achevèrent d'amener la guérison.

Dans son ouvrage sur l'ophthalmo-blennorrhée (Berlin, 1823, in-fol., p. 120), le même auteur avait déjà fait avec raison l'observation qu'il est indispensable, lorsque la matière purulente est très abondante, de ne prescrire des collyres métalliques qu'à dose concentrée, pour éviter leur décomposition.

1828. Nous n'avons pas retrouvé l'époque précise des premières expériences de Guthrie, mais on lit dans le Journal d'ophthalmologie du chevalier d'Ammon, professeur à Dresde, une note de M. Nevermann, de laquelle il résulte que le professeur anglais ne l'aurait employé qu'en 1828, sous forme de pommade noire dont nous donnerons plus bas la formule. M. Nevermann ajoute que M. Velpeau a commencé à prescrire le nitrate en 1830, et M. Lawrence en 1833, et que tous deux en recommandent vivement l'emploi sous forme de pommade.

1831. D'après un rapport de M. de Walther (Journal de Graefe, vol. XV, p. 268), Guthrie employait le nitrate d'argent, dans le Royal-Westminster-Eye-Infirmary, sous forme de pommade, composée de la manière suivante :

Pr. : Axonge récente, 1 gros.
Nitrate d'argent cristallisé, 6 à 10 grains.
Sous-acétate de plomb liquide, 15 gouttes.
M. S. A.

On introduisait gros comme un grain de blé de cette pommade sous la paupière supérieure sur laquelle on devait faire des frictions légères. Ce moyen a valu à Guthrie « de si nombreux succès dans les « maladies chroniques, dans les cas aigus, dans les catarrhes de la « conjonctive, qu'il surnommait cette pommade *unguentum ophthal-* « *micum magicum.* »

Dans la même année, M. Velpeau continua de répéter à la Pitié les expériences de Guthrie, suivant les mêmes circonstances, et en obtint les meilleurs résultats. Notons qu'à cette époque ce professeur prescrivait déjà le nitrate, sous forme de collyre, à la dose d'un grain par once.

1834. Dans la *Lancette Française*, n° 12 de 1834, on trouve une note qui recommande l'emploi du nitrate d'argent dans les ophthalmies.

La *Gazette médicale de Paris*, n° 14, p. 236, publie une note du docteur Munaret, de Châtillon-de-Michailles, dans laquelle ce médecin rapporte qu'il a soumis seize malades au traitement par le nitrate d'argent en collyre, et que treize ont été guéris. Il fait remarquer que l'axonge pouvant bien être un excipient trop grossier pour communiquer avec les membranes délicates de l'œil, déjà plus susceptibles sous une influence pathologique, il avait d'abord pensé à employer le nitrate sous la forme liquide, à la dose que nous venons d'indiquer, mais que les malades se plaignent encore de trop de douleurs, et l'abandonnent même pour cette raison ; il avait ajouté 2 à 3 gouttes de laudanum à son collyre, et les malades l'avaient bien supporté depuis. Ce médecin favorise l'action spéciale du nitrate d'argent « par des purgatifs, des dérivatifs et des émissions sanguines, suivant les indications. » On conviendra que l'action du nitrate devient alors peu méritante, car dans les mains du docteur Munaret, il nous semble un peu trop aidé par d'autres moyens pour qu'on ait grande confiance dans son emploi.

M. Munaret ajoute qu'il préfère le nitrate d'argent en solution, d'après les proportions du réactif, au nitrate d'argent à l'état solide, parce que la manipulation est plus prompte et surtout le mélange plus facile, plus homogène, car, ainsi que le fait observer Guthrie, si le caustique n'est pas réduit en poudre très-fine, et pour ainsi dire impalpable, la pommade produirait « une combustion de la conjonctive. » Ce traitement se recommande au médecin par la promptitude et surtout par la constance de ses succès. »

Graefe (Journal de chirurgie de Graefe et de Walther, vol. XXII, pag. 6) rapporte qu'il a vu Guthrie employer lui-même sa pommade dans les ophthalmies purulentes et les kératites chroniques. Il recommande beaucoup ce moyen en s'appuyant d'expériences qu'il a faites à sa clinique et dans lesquelles il a obtenu de nombreux succès lorsque le traitement ordinaire avait échoué. Graefe donne la formule copiée par lui à l'hôpital de Westminster même et à laquelle il n'a changé que fort peu de chose.

1837. Le professeur Busch, dans un rapport sur la clinique d'accouchements de l'université de Berlin, p. 209 (v. Ammon's Monatsschrift, Ier vol., 1838, p. 191) fait connaître qu'il a employé dans les années précédentes, contre les ophthalmies des nouveau-nés, une solution de nitrate d'argent d'un à six grains par once d'eau. Les succès qu'il en a obtenus sont tellement décisifs que l'expérience doit imposer silence à toute idée théorique qui serait en opposition avec l'emploi de ce moyen. Ce médecin a prescrit le nitrate dans sa solution la plus faible, un grain par once, plus tard à trois grains et rarement à six grains, dose qui est pour lui la solution la plus forte. Il recommande de faire deux à trois fois par jour une instillation d'une à trois gouttes. Nous regrettons que ce professeur n'ait pas décrit l'état anatomique de l'œil, et donné des détails plus précis.

Vers la même époque nous avons vu M. le professeur Paul Dubois prescrire le nitrate d'argent, dans les mêmes cas que M. Busch, à la dose d'un grain par once seulement, et toujours avec un succès certain, lorsque la maladie était à son début et ne présentait encore que les caractères d'une simple conjonctivite catarrhale.

Depuis lors, de nombreuses expérimentations furent faites dans tous les pays, particulièrement en France, en Angleterre, en Allemagne, et, dans ces divers temps surtout, en Belgique, etc.; mais nulle part on ne trace de règles particulières. Ici on emploie un, deux ou trois grains de nitrate d'argent par once d'eau; là, poids égal d'eau et de caustique; partout on s'éloigne plus ou moins des doses prescrites par Graëfe et Guthrie, partout on l'administrait à tout hasard, le plus souvent dans les ophthalmies, et de tous côtés ce médicament, espèce de Protée, se montre tantôt comme le spécifique le plus merveilleux, tantôt comme le moyen le plus funeste.

§ III. *Emploi du nitrate d'argent comme simple astringent.*

Il est évident que le nitrate d'argent employé en collyre agit d'une manière différente, selon qu'il est prescrit à dose faible ou forte. Dans le premier cas, ses effets sont ceux d'un simple astringent; dans le second, il peut devenir un caustique des plus énergiques. Comme

astringent, il n'a pas d'autre mérite que les sulfates de zinc ou de cuivre, sauf que la dose de ces derniers doit être un peu plus forte pour une égale quatité d'eau. Comme ces corps, il resserre les vaisseaux, diminue la vitalité de la muqueuse oculaire, de ses follicules et des glandes de Méibomius, et pourrait comme eux être avantageusement employé dans la deuxième période des ophthalmies catarrhales, un peu avant que l'affection passe à l'état asthénique, s'il n'en résultait pas pour le malade un inconvénient que nous signalerons plus loin. Mais il n'en est pas de même, à beaucoup près, dans les ophthalmies lymphatiques ou scrofuleuses, particulièrement dans les conjonctivites pustulaires partielles sans photophobie; dans ces cas, en effet, il éveille presque toujours des inflammations intenses et opiniâtres qui compromettent le salut de l'organe tout entier.

N'est-il pas plus rationnel et en même temps plus certain de recourir à un traitement légèrement antiphlogistique comme M. Sichel, et moi, d'après son exemple, le faisons chaque jour sur un si grand nombre de malades, c'est-à-dire à l'application de quelques sangsues à la tempe du côté de l'œil affecté, à des frictions mercurielles, des antimoniaux, des iodures à l'intérieur? Certainement on pourrait à la rigueur guérir de telles affections par le nitrate d'argent à haute dose et employé de la manière que nous indiquerons plus bas; mais pourquoi se servir d'un moyen pour lequel les malades, surtout ceux du monde, montrent en général une vive répugnance, et ne pas réserver cet agent si utile pour des occasions plus sérieuses et dans lesquelles il devient une ressource véritablement merveilleuse? Ne guérit-on pas d'ailleurs sûrement les ophthalmies dont nous avons parlé en suivant le traitement que nous venons d'indiquer? Qu'arrive-t-il, en effet, dans ces cas, si l'on emploie de cette manière le nitrate? Un phénomène bien simple, et que personne pourtant n'a signalé. C'est singulier, dit-on, ce moyen m'a parfaitement réussi dans tel ou tel cas, et voilà qu'aujourd'hui une violente ophthalmie se déclare; à quoi cela peut-il donc tenir? Le voici : aussitôt qu'une goutte de collyre est instillée dans l'œil, cet organe, déjà enflammé, s'injecte vivement, et s'enflamme le plus souvent davantage, surtout si le collyre est trop faible et si les instillations sont faites à une trop grande distance les unes des autres. La réaction est ici plus forte que l'action du médicament. La défense est plus forte que l'attaque, et l'irritation qui en résulte est d'autant plus vive que l'on continue plus longtemps de suivre la même route. Que d'insuccès, que d'yeux perdus de cette manière!

Nous développerons plus bas nos idées à ce sujet en ajoutant, sans aller plus loin, que leur justesse a été sanctionnée par l'expérimentation la plus sévère. Je m'abstiens encore avec le plus grand soin de

le prescrire à la même dose dans les kératites ulcéreuses superficielles, même légères, parce que l'aggravation de la maladie suit toujours son administration. Peut-on prescrire sans danger, dans des cas analogues d'ophthalmies lymphatiques sans photophobie, les sulfates de zinc, de cuivre, de cadmium, la pierre divine? L'administration de ces médicaments serait-elle rationnelle? Pourquoi donc oublie-t-on que l'action du nitrate d'argent à cette dose soit absolument identique? Doit-on s'étonner, d'après cela, qu'une maladie légère en apparence s'aggrave en peu de temps, au point de compromettre l'organe qui en est le siége? Combien de fois ai-je vu des ophthalmies rebelles combattues à grand'peine pendant des mois, des années entières, par le traitement local et général le mieux dirigé, reparaître avec toute leur acuité et leur ténacité premières, parce qu'au moment où une inflammation légère sommeillait encore dans l'organe malade, on avait prescrit un collyre de nitrate d'argent faible? Je me suis très-mal trouvé du conseil que donnent Guthrie et d'autres chirurgiens et ophthalmologistes de prescrire ce même collyre fort ou faible dans la deuxième période des conjonctivites catarrhales (blépharites granuleuses). On sait combien ces affections sont rebelles et combien on doit le plus souvent insister long-temps sur les mêmes moyens. Or il arrive pour la conjonctivite le phénomène qu'on remarque sur la peau des épileptiques longtemps traités par le nitrate d'argent à l'intérieur, comme j'ai eu occasion de le voir sur deux individus dont la peau avait pris une teinte gris noirâtre ardoisée; la muqueuse oculaire prend une teinte rouge-brun ou noirâtre sale dans sa portion oculaire, de sorte que les yeux, après la guérison, lorsqu'elle a lieu, ont un aspect des plus choquants et des plus singuliers qu'on puisse imaginer.

La lumière, selon MM. Butini et Sementini, paraît singulièrement favoriser « l'apparition de la coloration bronzée sur la peau des épileptiques, et même l'augmenter », d'où le conseil qu'ils donnent de couvrir le visage et les mains des personnes soumises au traitement. Si ce fait est certain, et tout porte à le croire, comment soustraire à l'action de la lumière l'œil traité par le nitrate d'argent? Ne vaut-il pas mieux mille fois ne pas s'en servir? Dernièrement j'ai vu une jeune personne d'une excellente santé, dont le visage perdait la plus grande partie de ses avantages à cause de la coloration noirâtre indélébile des yeux, survenue après une instillation long-temps répétée de nitrate d'argent en collyre faible. Toutes choses égales d'ailleurs j'ai cru remarquer que cette coloration particulière apparaît d'autant plus promptement que le malade est plus avancé en âge et que le collyre est moins fort, fait en apparence paradoxal qu'on pourrait expliquer par cette hypothèse, qu'à dose faible le collyre n'agit pas assez forte-

ment sur les vaisseaux absorbants, tandis que concentré il les oblitère en partie. Quoi qu'il en soit, cet inconvénient, surtout quand il s'agit de personnes du sexe, me paraît assez grave à lui seul pour autoriser un praticien à se servir d'agents dont l'action est identique et n'offre pas de semblables conséquences.

§ IV. *Emploi du nitrate d'argent comme caustique dans les ophthalmies.*

C'est surtout lorsque l'utilité d'un moyen a été constatée par des hommes du plus grand mérite, et lorsqu'on n'a pas encore bien spécifié les circonstances dans lesquelles on doit en faire usage, qu'il en résulte en général le plus grave abus dans la pratique par une vicieuse application. Cela devient d'une grande exactitude si on le rapporte à l'emploi du nitrate d'argent comme caustique dans les maladies oculaires généralement si peu connues en France à l'époque où on a commencé à le mettre en usage. Que n'a-t-on pas guéri avec le nitrate d'argent en crayon? Quelle inflammation oculaire a résisté à une solution concentrée du même corps promenée au moyen d'un pinceau sur la muqueuse oculaire, plusieurs fois ou une fois seulement par jour? Je suis loin de nier que ce moyen n'ait rendu de grands services dans des circonstances données, mais je suis convaincu qu'on les a de beaucoup exagérés, et qu'à part les insuccès qu'on ne publie pas toujours, on aurait guéri les malades tout aussi bien avec des moyens plus doux et moins dangereux.

Je conçois, par exemple, que le crayon de nitrate soit employé dans les cas d'épaisses granulations, que sa solution concentrée soit portée au moyen d'un pinceau et avec précaution sur une ulcération peu profonde de la cornée, ou que cette ulcération soit touchée avec le crayon lui-même; tous les jours je reconnais et je constate devant un grand nombre de médecins, grâce à l'extrême bienveillance de M. Sichel pour moi, ses merveilleux effets dans de telles occasions. Je l'applique souvent moi-même en nature, dans les cas où la vitalité des paupières est en quelque sorte endormie ou presque nulle, comme il arrive dans les conjonctivites catarrhales chroniques, et lorsque les tissus *s'habituent* aux astringents même les plus forts. C'est une impulsion nouvelle, un véritable coup de fouet qu'on donne ainsi à l'inflammation — ou plutôt à l'hypérémie passive — et, sous l'influence de ce moyen énergique, les tissus réveillés de leur atonie extrême reprennent une nouvelle vie, et sont plus facilement ramenés vers leur état normal. Mais je ne conçois pas, et je ne m'expliquerai jamais probablement, pourquoi on abuse si souvent d'un moyen si utile, en l'appliquant dans des cas si loin d'en réclamer l'emploi. Qu'obtient-

on, par exemple, bien que Scarpa l'ait conseillé le premier, en touchant les pustules des conjonctivites lymphatiques? Leur affaissement? Mais il arrive toujours sans cela; et, par un autre traitement, à mon avis plus rationnel, on n'a pas à craindre des inflammations avec photophobie qui compromettent si souvent l'organe. Ces inflammations, en effet, chez les individus lymphatiques, et chez les scrofuleux à plus forte raison, une fois qu'elles se sont montrées soit spontanément, soit par suite d'un mauvais traitement, ont une tendance si grande à se reproduire qu'on pourrait les caractériser à meilleur droit par ce mot: *à répétition*, qu'on a appliqué aux blennorrhagies urétrales qui reparaissent plusieurs fois avec une nouvelle acuité, et sans cause connue.

Est-il plus rationnel encore, et avant l'emploi d'autres moyens, de couper, comme on dit, d'un coup du crayon, un paquet de vaisseaux récemment formé sur la cornée, et se rendant au milieu d'un épanchement interlamellaire ou d'une ulcération? Que d'adhérences incurables de la conjonctive palpébrale à la conjonctive oculaire (symblépharon) n'a-t-on pas provoquées ainsi? Que d'entropions, de trichiasis, de lagophthalmos, de taies de la cornée, reconnaissent pour cause la cautérisation brutale et journalière des conjonctives palpébrales! Voyez la liste des infirmités qui peuvent résulter et qui résultent, en effet, de ce moyen, dans l'excellent article de M. F. Cunier inséré dans le premier volume des *Annales d'Oculistique*, p. 229 et suivantes, même dans le traitement des granulations conjonctivales, et vous jugerez ensuite si ce que j'en dis là est exagéré.

Lisez la lettre du docteur Weiss, insérée dans le même volume, pag. 256 et suivantes, dans laquelle il dit que le crayon de nitrate d'argent est tombé en défaveur, même à l'hôpital Guthrie de Londres, qu'on y emploie le caustique en solution supersaturée, parce qu'il agit d'une manière plus uniforme, mais que cette solution agit comme le caustique, de telle sorte que tous les jours, à l'époque où il écrit (1839) on fait l'opération du symblépharon au London-Infirmary, où il se présente par an sept à huit mille enfants affectés de granulations.» Mais n'allons pas plus loin dans ces citations, car si je prenais à tâche de signaler tous les inconvénients de pareilles méthodes, je dépasserais de beaucoup le but que je me suis proposé ici.

(*La suite au prochain n°.*)

—

RÉFLEXIONS AU SUJET DE LA NOTE DE M. GUÉPIN, SUR LA NATURE ET LE SIÉGE DE LA CATARACTE;

Par le docteur V. Szokalski.

Nous avons étudié avec empressement l'intéressante communication que M. Guépin a publiée au sujet de la cataracte dans la livraison de février des *Annales d'Oculistique* (vol. VI, p. 203). Nous y avons trouvé plusieurs remarques importantes et des aperçus instructifs; mais tout en accordant le tribut de nos éloges à notre savant confrère de Nantes, nous regrettons vivement que sa marche rapide dans l'exposition des faits soit cause qu'il n'ait qu'effleuré en passant plusieurs observations fort importantes, et peut-être uniques dans la science. Nous ne doutons pas, connaissant le zèle de M. Guépin, qu'il ne saisisse l'occasion que lui fournit notre interpellation, pour exposer avec tous les détails les faits suivants dont il fait mention dans son travail.

1° Nous lisons p. 204 à la tête de cent observations, ces mots: « *Cataracte traumatique compliquée d'amaurose dans laquelle la lentille ramollie au centre a passé dans la chambre antérieure et a contracté adhérence avec la cornée.* » Il paraît que dans la cataracte en question le noyau seul était ramolli, et que les couches corticales du cristallin conservaient leur intégrité. Nous ne doutons pas qu'il y aît des cataractes qui débutent par le noyau, mais le ramollissement du noyau seul constitue à notre connaissance un fait tout à fait unique dans la science. Nous avons eu l'occasion d'examiner souvent les ramollissements du cristallin surtout à la clinique de M. Sichel, où ce savant professeur s'empressait de nous les faire voir, longtemps avant que M. Malgaigne songeât à sa proposition, mais nous avons constaté que le ramollissement commence toujours par les couches corticales. Depuis la mise au concours de la question sur le siége de la cataracte, nous avons conçu comme M. Guépin l'idée de venir en aide aux concurrents, c'est dans ce but que nous nous sommes mis à l'œuvre pour éclairer la question de l'anatomie et de la physiologie élémentaires du système cristallinien. Nous avons conclu de nos recherches que les noyaux du cristallin ne peuvent se ramollir primitivement, mais voilà que se présente un fait de M. Guépin, qui tient notre opinion en échec, et qui ébranle l'édifice des preuves que nous avons construit. Nous espérons que M. Guépin en publiant l'observation détaillée de son opération, voudra bien nous montrer à

quoi nous devons nous en tenir. Il est vrai que ce cas date déjà de loin, mais un fait d'une telle gravité n'échappe jamais à la mémoire d'un observateur.

2° Pag. 205, ligne 13. *Chez un vieux cordonnier nommé Moulin qui était myope autrefois et qui l'est encore aujourd'hui, j'ai du enlever une partie considérable de la capsule ramollie et cataractée; j'ai extrait de l'œil de cet opéré un cristallin double.* » Deux cristallins dans un œil! c'est singulier! Il est vrai qu'on connaît dans la science des cas de cristallin double dans un seul œil — Wallisnari, Fritsch, Jaeninus, Schwarz (1), Vrolik (2), v. Ammon (3) en ont bien observé — mais c'était toujours chez des monstres monoculaires non-viables qu'on appelle Cyclopes dans la tératologie. L'œil unique de ces monstres est formé par le rapprochement des deux yeux et par la confusion de leurs parties composantes (voyez *Müller's Archiv* 1839); mais il nous est impossible de croire que le cordonnier de Nantes soit de cette catégorie.

Si le cas observé par M. Guépin n'est pas unique dans son genre, il ne pourra s'expliquer autrement que par la reproduction du cristallin. Nous sommes bien disposé à croire que cette reproduction n'est qu'un enfant bâtard de l'observation, mais nos idées sous ce rapport sont loin d'être claires et précises, et nous n'eussions pas été fâché, que M. Guépin eût soulevé le coin du voile qui recouvre la vérité. Nous espérons qu'il voudra excuser notre curiosité et l'extravagance de notre hypothèse; nous regrettons vivement qu'il n'aît pas imposé silence à notre fantaisie en décrivant plus amplement le cas qu'il a observé.

3° L'auteur nous assure, même page, qu'il a souvent rencontré le ramollissement de la capsule. A Dieu ne plaise que nous doutions un seul instant de la réalité du fait, mais il nous importe de savoir ce que M. Guépin comprend par ramollissement. Pour éviter toute mésintelligence dans une discussion d'une telle gravité, nous voulons faire ici le premier pas en formulant nettement notre opinion sur le ramollissement, et M. Guépin n'aura qu'à nous dire ensuite, si la maladie qu'il a trouvée à la capsule pourrait s'y rapporter. Jusqu'à présent nous avons observé seulement trois cas

(1) Schön. Handbuch der pathologischen Anatomie des menschlichen Auges. p. 80.

(2) Vrolik (Over den aard en oorspong der Cyclopie. Amsterdam 1834).

(3) Klinische Darstellungen der angeboren Krankheiten des Auges und der Augenlider. p. 83.

de cette famille pathologique ; c'étaient le ramollissement blanc du cerveau, celui de la cornée, et celui qu'on rencontre aux couches corticales du cristallin, dans les cataractes molles commençantes. Nous sommes loin d'avoir sous ce rapport des opinions en dehors de toute objection, mais ce que nous avons trouvé suffira pour indiquer la nature de la maladie.

La substance blanche du cerveau examinée au microscope présente les fibrilles renflées que M. Ehrenberg a depuis longtemps dénoncées à l'attention des physiologistes. Ces fibrilles sont pourvues de distance en distance de petits boursoufflements globulaires et elles ressemblent à un chapelet, dont les grains sont un peu éloignés les uns des autres.

Lorsque la substance cérébrale est ramollie, alors tout est changé, les fibrilles ne s'y trouvent plus ; à leur place, on ne trouve que des globules ronds, quelquefois pourvus de tiges et ressemblant aux grains du poivre de cubèbe. Le tout semble délayé dans un liquide laiteux contenant les petits débris de la matière organique.

Le cristallin est composé, dans l'état sain, de petites bandelettes transparentes, apposées les unes aux autres et formant les couches concentriques au noyau. Les bandelettes ressemblent au verre filé avec cette différence que les fibrilles paraissent un peu aplaties. La matière cristallienne ramollie présente les mêmes bandelettes, mais séparées les unes des autres, déplacées et morcellées ; elles ressemblent alors aux bâtons de verres qu'on a mis en pièces et arrangés ensuite dans leur ordre primitif. Dans le cas, où le ramollissement est plus avancé, on ne distingue plus de fibrilles, mais on voit seulement de petites colonnettes transparentes jetées pèle-mèle, et nageant dans l'eau avec des globules muqueux de l'humeur de Morgagni. Cette observation se rapporte à la cataracte traumatique que nous avons provoquée par la ponction sur un lapin. Nous ne pouvons pas assurer que les autres ramollissements présentent le même caractère.

La cornée présente dans son état normal un réseau très-serré de fibres qui, pour nous, sont encore très-énigmatiques sous plusieurs rapports, et la cornée ramollie dans l'ophthalmie d'un nouveau-né nous a fait voir une matière formée des débris de ces fibres mêlées de plaques épidermoïdales de la conjonctive et de globules muqueux. Dans plusieurs débris nous avons vu très-distinctement l'entrecroisement des fibres qu'on voit à l'état normal presque à chaque point de la cornée.

Voilà, selon nous, des exemples de véritable ramollissement; mais ordinairement on ne cherche pas si loin ses caractères distinctifs, et l'on taxe de ce nom tout tissu malade qui présente moins de résistance que dans son état normal. Cette légèreté impardonnable dans l'usage de termes ne nous fera jamais sortir du labyrinthe des questions qui se rapportent au ramollissement; bien au contraire, en entassant observation sur observation, nous embrouillons notre sujet au lieu de l'éclaircir. Ayant trouvé que M. Guépin parle de ramollissement de la capsule, il nous intéressait vivement de savoir, s'il s'agit dans ses observations d'une matière animale nouvellement formée, ou d'une véritable destruction des éléments de la capsule dépourvue de toute transformation organique.

Des renseignements exacts sous ce rapport seraient d'une grande importance pour l'histoire des ramollissements en général, car la capsule présente la structure élémentaire on ne peut plus simple; son ramollissement doit donc se présenter à l'observateur dans toute sa simplicité.

Si M. Guépin a trouvé dans la capsule le ramollissement tel que nous le lui indiquons, il voudra bien sans doute nous faire part de ses observations; dans le cas contraire, il serait à regretter que la portée du mot dont il s'est servi pour désigner le changement dans la structure de la capsule ait été perdue de vue par lui.

« P. 204, ligne 12. *Cataractes congénitales sans opacité de la capsule, mais avec cinq à six prolongements du cristallin vers les parties placées à la surface intérieure de l'œil.* » Nous présumons qu'il y a ici une faute d'impression, car il est difficile d'admettre que M. Guépin ait observé des cataractes pourvues d'épiphises sur leur surface postérieure, comme cela paraît ressortir de cette description. Nous espérons que M. Guépin se hâtera non-seulement de rectifier cette erreur, mais qu'il nous donnera la description exacte de ces cataractes parce qu'elles nous paraissent très-dignes d'un examen attentif. Les opinions des oculistes, on le sait très-bien, sont encore très-divisées par rapport à la pathogénie de la cataracte congénitale; les uns l'attribuent à l'arrêt de développement du cristallin, tandis que les autres n'y voient que le simple résultat d'une inflammation. L'une et l'autre opinion sont soutenues par de grandes notabilités; il faut donc des faits concluants et des observateurs capables d'expliquer les énigmes de la nature pour faire incliner la balance de l'un ou de l'autre côté. M. Guépin con-

nait sans doute les travaux de M. d'Ammon sur la cataracte congénitale (Zeitschrift, B. III, Pathologische Anatomie, 3 Th.); s'il se donne la peine de les relire encore une fois, il verra ce que la science réclame de celui qui opère par extraction de pareilles cataractes.

M. Guépin comprendra sans doute que cette interpellation est dictée par le même zèle scientifique dont il donne des preuves continuelles dans ses écrits. Nous savons bien qu'il n'a pu s'occuper de détails dans son travail, et nous craignons qu'ils ne soient perdus pour la science. En les faisant ressortir ici, nous fournissons à notre honorable collègue de Nantes l'occasion d'enrichir nos connaissances de faits très-importants; il s'empressera certainement de répondre à notre invitation ; nous l'en remercions d'avance. Quelques remarques que nous avons placées dans ce travail ne doivent servir que pour indiquer ce que nous désirons apprendre de lui, et nous nous élevons contre toute autre interprétation de nos intentions.

Paris, 18 mars 1842.

RÉPONSE DE M. LE DOCTEUR GUÉPIN, AUX RÉFLEXIONS DE M. SZOKALSKI (1).

Les questions au nombre de quatre soulevées par M. Szokalski demanderaient un mémoire entier pour que ma réponse fût complète. — Prêt à partir pour aller à 30 lieues de Nantes je n'ai que quelques heures pour cette réponse ; elle sera donc très-limitée. — Je vais faire mon possible pour qu'elle soit suffisante et précise.

J'ai opéré l'an dernier au Marchix à Nantes, en face de la rue Noire, Mlle Giffart, âgée de 12 ans; j'avais pour aide M. Léon Guérant, passage Bouchant à Nantes. — Je ne connais pas les antécédents de la maladie, je sais seulement que la cataracte avait été produite par un coup de branche de rosier.

(1) La lettre de M. Szokalski, bien que portant la date du 18 mars, ne m'est parvenue que le 7 avril. Comme il ne s'agit ici que d'une discussion bienveillante et purement scientifique, j'ai transmis son manuscrit à M. Guépin, le 8 ; il m'a fait parvenir, courrier par courrier, la réponse que je place à la suite de l'interpellation qui lui est faite. *Le Rédacteur.*

A une première visite je prévis le passage de la cataracte dans la chambre antérieure et je proposai l'opération. Huit jours plus tard, la cataracte était dans la chambre antérieure, mais la mère refusa de laisser opérer la fille. Plus tard des douleurs hémicrâniennes se manifestèrent et alors elle se décida.

Une première incision avec mes couteaux habituels échoua ; je ne pus couper la cornée qui était excessivement dure, je retirai mon couteau que je remplaçai par un autre à lame très-étroite. L'incision se fit alors avec facilité et je détachai de la cornée un cristallin légèrement adhérent, blanc, ramolli, plus mou au centre que dans ses couches corticales.

Ce fait avait été accompagné de circonstances intéressantes, aussi l'ai-je publié dans l'année même en ces termes :

« Mlle Giffart, au Marchix, en face de la rue Noire, était atteinte « d'une cataracte amaurotique, par suite d'un coup sur l'œil. « La cataracte était complète, l'amaurose incomplète. Je laisse « de côté toutes les difficultés présentées par une opération dans « laquelle il y avait une adhérence du cristallin à la cornée. J'ar- « rive à la seule question qui doive nous occuper : l'œil opéré se « trouvant guéri parfaitement le 10e jour. La jeune malade ne « voyait pas, et il y avait une énorme mydriase ; j'ai eu recours « au traitement ordinaire des amauroses, j'ai seulement employé « en outre le seigle ergoté à la dose de 12 décigrammes, d'abord « tous les deux jours pendant une semaine, ensuite à des dis- « tances plus éloignées, et aujourd'hui, trois mois après l'opéra- « tion, la guérison est complète. »

Ayant pour but de prouver la possibilité de guérir certaines cataractes compliquées d'amaurose, je suis allé droit au fait, comme je le devais.

N'eussé-je que ce fait, je croirais à la possibilité du ramollissement du cristallin *par le centre* ou plutôt en dehors des règles habituelles ; mais j'ai opéré depuis un mois deux cataractes dont une traumatique, dont les cristallins présentaient des parties assez consistantes mêlées à une matière opaline semi-liquide et les faits de ce genre sont très-communs.

D'autre part si le centre du cristallin peut devenir pierreux ou se modifier sensiblement avant d'autres parties, pourquoi ne pourrait-il se ramollir ? — Ajoutons qu'une cataracte traumatique toujours soumise à une cause étrangère à notre organisme n'a pas de règle bien régulière de formation.

Il entre dans mes habitudes de signaler à mes amis, et surtout à mes élèves, les cas curieux que je rencontre : aussi ai-je conduit M. Gilie aujourd'hui, étudiant à Paris, voir Mlle Giffart, ainsi que M. Bordillon, d'Angers, qui sans être médecin aime à s'occuper de questions génésiaques et médicales.

2e QUESTION.

Depuis quelques années j'ai disséqué trois veaux a deux têtes. Chez un seul le cristallin était unique, mais difforme, dans l'œil médian. — Je suis loin d'avoir dit ou écrit que celui du cordonnier Moulin fût du même genre. — Voici une note prise le jour même de l'opération.

« Moulin, rue Copernic—cordonnier—œil droit—73 ans, aide « Kostrzewski. — Premiers symptômes datant de 8 ou 10 ans — « capsule cataractée—cornée très-petite—œil mobile et enfoncé « — paupières chassieuses et bridées — autrefois myope — *cris-* « *tallin dur, jaune-brun, formé de deux parties, l'une postérieure* « *et supérieure présente une petite corne.*

Je me suis posé les questions suivantes après l'opération :

Ce cristallin était-il congénital ?

Ce cristallin était-il un cas pathologique ?

La seconde portion avait-elle moins de 10 ans de date?

Le malade pouvait-il voir avec un cristallin aussi anormal, quoique non cataracté ?

Ne pouvant les résoudre j'ai employé mille prières pour décider Moulin à se laisser opérer de l'autre œil et j'ai réussi : si cette opération jette quelque jour sur la formation du cristallin extrait de l'œil droit, je le ferai connaître.

Je voulais conserver pour notre école ce cristallin curieux par par sa forme et son énorme volume et je l'avais fait mettre dans de l'eau-de-vie. Je suis allé dernièrement le réclamer, mais il n'existait plus ; à force de le piquer avec une aiguille pour le montrer on l'avait brisé.

Deux fois la note qui précède a été imprimée en grande partie; pouvais-je abuser du journal de M. *Cunier* et la répéter une troisième, lorsque cette note ne prouvait rien contre les assertions du docteur Malgaigne ? Non, sans aucun doute.

Je n'ai du reste fait supposer en rien, par une ligne ni même par un mot, que je crusse à la reproduction du cristallin. — J'ai

vécu très-longtemps livré à des études solitaires, fort isolé des hommes qui s'occupent d'oculistique, et je suis trop sincère pour cacher mon peu d'érudition, suite de cette mauvaise éducation que donne l'Université dans nos collèges. Ce n'est qu'avec l'aide de quelques amis, compatriotes de M. Szokalski, que je puis lire les travaux étrangers; mais j'ai la conscience d'avoir toujours étudié et rapporté scrupuleusement les faits qui se sont présentés à mon observation. — J'avais à peine pratiqué cinquante extractions que je savais déjà à quoi m'en tenir sur ces cataractes secondaires qui simulent le cristallin et ce n'est certes pas aujourd'hui que je soutiendrais la reproduction de cet organe.

M. Szokalski me permettra de ne point le suivre plus loin pour cette question. Il faut de la gravité pour les choses graves et je regrette de le voir supposer chez les autres une légèreté d'observation qu'il serait très-fâché sans aucun doute qu'on lui attribuât.

3e QUESTION.

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt ce qu'a écrit M. Szokalski sur le ramollissement. — Je me sers habituellement du microscope mais avec de faibles grossissements et je n'emploie guères que celui auquel mon honorable et malheureux ami Raspail a donné son nom ; — aussi la description du ramollissement de la capsule donnée par l'auteur du traité des *Sensations produites par les couleurs* a-t-elle été pour moi neuve et curieuse? Je compte bien la vérifier sous peu, en attendant voici ce que j'entends par une capsule ramollie.

Dans un empoisonnement par les irritants et dans certaines phlegmasies de l'abdomen le ramollissement de la muqueuse se présente fréquemment; — il consiste, le mot seul l'indique, dans une sorte de mortification de la muqueuse dont les parties sont désagrégées, sans consistance, sans cohérence. Supposons un état pareil dans la capsule et nous aurons ce que tous les auteurs ont entendu jusqu'à ce jour que le ramollissement de cet organe. Le ramollissement peut être complet et alors c'est une véritable mortification ; il peut n'être qu'incomplet ce qui suppose la possibilité de la guérison.

Répondre entièrement à la 3e observation de M. Szokalski, ce serait écrire une monographie de la capsule du cristallin et de

ses divers états pathologiques. Ce travail auquel nous avons souvent songé ne sera point l'œuvre d'un seul.

4° QUESTION.

J'ai observé chez un jeune homme de *Maisdon* nommé *L'évêque*, les deux cataractes congénitales en question.—J'en ai vu une autre exactement semblable il y a quelques années et malheureusement je l'ai opérée sans succès. Je croyais en mettant le couteau dans l'œil qu'aussitôt l'incision de la capsule le cristallin sortirait pareil à une hydatide, fait décrit depuis longtemps par Janin, Wenzel, et bien d'autres; mais il n'en fut pas ainsi, le cristallin avait des adhérences avec les procès ciliaires.

M. Szokalski a eu le tort de croire que par prolongements vers les parties placées à la surface intérieure de l'œil j'avais voulu dire *les parties postérieures*. Quoi qu'il en soit j'ai tenté deux fois d'opérer L'évêque de l'œil droit, mais il s'est évanoui d'émotion et je me suis borné à lui distendre la pupille.

J'écrirai à mon retour à ce jeune homme et je ferai dessiner ses cataractes. — Je connais plusieurs autres cas semblables à celui qui nous occupe, ils ont été opérés les uns à Nantes, d'autres à Paris; les prolongements du cristallin avaient été pris pour des opacités de la capsule et les malades qui voyaient passablement le soir sont devenus entièrement aveugles. L'un d'eux, qui pouvait lire, s'est trouvé dans la position la plus déplorable. Le malheureux avait donné par œil 1200 francs *payés d'avance* à l'un des grands chirurgiens de Paris.

Je bornerai là mes explications beaucoup trop longues. Il est peut-être convenable d'ajouter que pendant que j'opérais les 97 ou 98 cataractes opérées par extraction qui figurent dans mon tableau, mes confrères de Nantes et des médecins ambulants en opéraient une quarantaine. Ces cataractes étant choisies pour la plupart, il en résulte que dans mon tableau la proportion des cataractes de mauvaise nature est trop considérable et ne représente qu'une période de ma pratique personnelle.

Nantes, 12 avril 1842. A. GUÉPIN.

MÉMOIRE SUR LE GLAUCÔME;

Par le docteur SICHEL.

Recherches historiques et critiques.

SUITE DU § XXIX. DEUXIÈME PÉRIODE.

1711 A 1720. — HEISTER.

Laurent Heister, professeur de chirurgie à l'Université d'Altorf (en Bavière) et plus tard à Helmstaedt (Brunswick), embrassa et défendit avec zèle les opinions de Brisseau, mais plutôt par une conviction théorique basée sur ce qu'il avait observé sur le vivant qu'appuyé sur de nouvelles preuves anatomiques. Il publia en 1711, 12, et 13, trois dissertations in-4° : *De cataracta in lente cristallina* qu'il incorpora en 1713 dans son ouvrage : *De cataracta*, *glaucomate* et *amaurosi Tractatio*, Altorfii, in-8°, dont la seconde édition parut en 1720; ouvrage qui contient le corps de sa doctrine. Ses deux autres publications : *Apologia et illustratio systematis sui de cataracta*, *glaucomate*, et *amaurosi*, etc., Altorfii, in-8°; et : *Vindiciae sententiae suae de cataracta*, *glaucomate* et *amaurosi*, etc., Altorfii, in-8°, 1719, à quelques additions près, ne sont que l'amplification du premier traité et une longue polémique contre les attaques peu mesurées et souvent absurdes du charlatan Woolhouse.

Voici en peu de mots la doctrine de Heister sur le glaucôme. (Les paragraphes sont ceux du *traité* et les pages celles de la seconde édition.)

Le glaucôme est une maladie incurable, une opacité du corps vitré, le plus souvent de couleur glauque. (§ LXI, pag. 166.) La couleur glauque est celle de l'eau de mer, bleu clair ou verdâtre. (§ II, pag. 6.) Cette opacité du corps vitré apparaît à travers le cristallin. Aussi un observateur plus attentif remarquera-t-il que dans le glaucôme l'opacité siége plus profondément derrière la pupille, ce que beaucoup d'auteurs indiquent comme un signe pathognomonique de cette maladie. [Nous avons déjà prouvé que les auteurs que Heister cite ici, tels que Sennert, Rivière, Sorbait, Mercurialis, etc., n'ont nullement songé à placer le glaucôme dans le corps vitré, et n'ont, au contraire, désigné de ce nom que

l'opacité du cristallin.] Le glaucôme est une maladie incurable et très-rare. (§ LXI, pag. 166; § LXII, pag. 172; § XXXIII, pag. 71; § LXII, pag. 171; et dans plusieurs autres endroits.) La couleur de l'opacité dans le glaucôme a plus de brillant que dans la vraie cataracte. (§ LXXXVI, pag. 242.) Aussi les cataractes luisantes ou brillantes sont-elles incurables et doivent-elles être regardées comme des glaucômes. (§ LXXX, p. 219; § LXXXIX, p. 261.)

Ces citations qui contiennent d'une manière très-complète le corps des doctrines de Heister et auxquelles la lecture attentive des deux autres volumes ne fournit aucune addition, prouvent auffisamment que cet auteur n'a cherché qu'à consolider les opinions de Brisseau qu'il a toutes adoptées sans exception et sans aucune modification importante. Les deux seuls faits nouveaux qu'il y a ajoutés sont deux observations fort courtes, contenues dans le § LXXXIX, p. 260, et non appuyées sur des dissections. Les voici :

« J'ai dans le temps fait à Amsterdam deux observations sem« blables à celles de Brisseau. La première était faite sur un nè« gre, affecté aux deux yeux d'une semblable cécité et opéré « en 1706 par Vattant, chirurgien d'Amsterdam, fort exercé dans « l'abaissement de la cataracte. Nous vîmes l'aiguille se mouvoir « assez librement derrière la pupille; mais elle ne put éloigner « ou abaisser (*removere aut supprimere*) l'opacité glauque et lui« sante placée loin derrière l'aiguille (*longe retro acum haerentem*), « et l'opération resta sans succès. J'ai observé un autre cas sem« blable en 1707, lorsque Gomarus Borselius, d'Amsterdam, chi« rurgien incomparable et d'une grande dextérité, ignorant en« core complétement la nouvelle doctrine, essaya d'abaisser un « pareil glaucôme sur une juive portugaise, mais sans succès; « car il existait les mêmes phénomènes que dans le premier cas. « Cette opacité placée profondément ne put être enlevée et je ne « doute point que ce n'ait été à cause de l'affection de l'humeur « vitrée. » On voit que dans ces deux observations, comme dans les autres passages où Heister parle de l'incurabilité du glaucôme et de son siége profond, il n'indique nullement les symptômes de complication avec l'amaurose organique. C'est à l'opacité du corps vitré purement et simplement qu'il attribue la maladie, en suivant entièrement les errements de Brisseau, bien que, comme celui-ci, il aît connu la cataracte compliquée d'amaurose (§ LXXXVI, p. 245). La description incomplète des symptômes dans les deux

observations citées ne permet pas non plus de décider positivement s'il s'agissait ici de véritables glaucômes (ce qui est très-probable) ou d'une hydropisie sous-choroidienne.

Une troisième observation de Lancisi, citée par Heister dans ses *Vindiciae* (§ XCVII, pag. 206 et suivantes) et extraite d'une lettre inédite de Lancisi qui ne se trouve point dans les œuvres de ce célèbre médecin romain, se rapporte à une ossification du corps vitré et non à son opacité glaucômateuse. Lancisi parle au même endroit de deux cristallins jaunâtres qu'il avait trouvés dans ses dissections.

Dans sa Chirurgie (part. II, sect. II, c. 55, § VI; éd. lat. 1739, p. 596; éd. allem. 1763, p. 548) Heister n'attribue aussi au glaucôme que les caractères suivants : Siége profond et teinte vert de mer de l'opacité, plus grande rareté de la maladie et incurabilité. Quelqu'imcomplète que soit cette symptomatologie, il est facile de voir qu'elle est positivement basée sur l'observation clinique de vrais glaucômes. Elle montre, jointe à l'observation suivante du même auteur (Obs. méd. chir., en allemand., Rostock, 1753, in-4°; obs. 529, p. 886), qu'il était plus avancé que Brisseau dans la connaissance des symptômes du glaucôme. « Opacité verte, placée assez profondément dans l'œil, menstrues ne se montrant qu'irrégulièrement et rarement sur une femme de 39 ans, maux de tête continuels, » tels sont les symptômes. Quelqu'incomplets qu'ils soient, ils ne laissent point de doute sur la nature de la maladie que Heister regarde comme « une cataracte verte ou un glaucôme dans l'humeur vitrée; » c'est bien notre glaucôme d'aujourd'hui. Le traitement qu'il prescrit confirme aussi cette opinion : pilules purgatives, pédiluves, saignée du pied, ventouses scarifiées périodiquement appliquées au dos et aux extrémités, infusion aromatique, fomentations aromatiques ; tous moyens qui indiquent clairement que Heister, malgré son opinion théorique sur le siége de la maladie, la regardait, en bon praticien, comme une espèce d'amaurose ou comme une affection compliquée de cette maladie.

L'observation 588, p. 952 ne contient qu'une récapitulation des opinions de Heister.

Cet auteur a d'ailleurs essayé de concilier la nouvelle et l'ancienne doctrine par des citations de plusieurs médecins antérieurs à son siècle, tels que Sennert, Rivière et beaucoup d'autres dont nous avons déjà rapporté les passages qui, nous croyons l'avoir

suffisamment démontré, ne prouvent rien en faveur de son opinion. Ces médecins, en effet, ont simplement voulu parler des cataractes lenticulaires différant, selon l'ancienne théorie, par leur siége derrière l'iris et la pupille, des cataractes ordinaires ou suffusions placées, d'après eux, dans la chambre antérieure, dans l'humeur aqueuse ou dans le champ pupillaire même.

En somme, Heister n'a fait que consolider la doctrine de Brisseau, et la répandre davantage par ses publications, mais il ne l'étaye d'aucun fait nouveau.

Par une singulière erreur (sans doute typographique) qui se répète deux fois, les travaux de Heister sur la cataracte et le glaucôme sont attribués à Hunter par M. Guillié (Cataracte et goutte sereine. Paris, 1818, in-8°, p. 32, 3e alinéa).

1717. — A. M. Valsalva.

(Seconde dissertation anatomique lue à l'Académie des Sciences de Bologne en 1717), § XX et XXX (Opp., ed. Morgagni, p. 147; comparer la préface et vol. II, p. 319, 320).

Il regarde *la cataracte* comme l'opacité du cristallin qui a conservé sa consistance normale, avec des colorations et nuances différentes (*cum aliqua modo unius, modo alterius coloris tinctura*). Dans *le glaucôme* le cristallin opaque prend une couleur glauque et une consistance plus dure. Ce dernier constitue donc pour lui notre *cataracte lenticulaire dure* d'aujourd'hui et la première notre *cataracte lenticulaire molle*. Cette opinion, basée sur la dissection de quatre yeux cataractés (p. 145) et intéressante pour l'histoire des opacités du cristallin, est conforme à celle de Maître-Jan qui a été adoptée par plusieurs auteurs, comme par exemple par Palfyn. Valsalva ne connaissait point les ouvrages de Maître-Jan et de Heister (p. 319, 320).

Il ajoute (p. 149, § XXV) : « Pendant 30 ans que j'ai disséqué des centaines d'yeux, j'ai très-fréquemment trouvé le cristallin malade et *quelquefois aussi le corps vitré obscurci* (necnon aliquando vitreum humorem obscuratum). » Malheureusement il n'indique ni la couleur ni l'étendue de cette opacité ; pour lui qui ignorait les travaux de Brisseau et de Heister (vol. II, p. 319, § XII) et leurs ideés sur le siége et la nature du glaucôme elle ne pouvait d'ailleurs avoir aucun rapport avec cette maladie ni aucun intérêt particulier.

1718. — GASTALDY (J.-B).

An cataracta a vitio humoris aquei aut crystallini oriatur, revera a glaucomate differat et aliter quam operatione chirurgica curari possit. Respondente Alex. Eymieu. Avenione. 1718. (In-8°, selon Haller.)

On ne trouve point à Paris cette thèse dont Heister parle dans la dernière édition de son ouvrage *de cataracta* (1720) comme ayant beaucoup désiré la lire et ayant fait de vains efforts pour se la procurer. Je ne la connais que par un extrait assez étendu inséré dans le *Journal des Sçavants* de 1719, pag. 93 (Le format et le nombre des pages de l'opuscule n'y sont point indiqués).

L'auteur, d'après les autopsies de cataractes capsulaires ou de fausses membranes formées dans la pupille, défend l'ancienne opinion et veut conserver à ces dernières le nom de cataracte et à l'opacité du cristallin le nom de glaucôme.

Quelques auteurs, Haller (Bibl. chir. t. II, p. 34) et M. Dezeimeris (Dictionn. historique de la méd. anc. et mod., t. II, p. 497, col. 2) citent cette thèse simplement avec le titre : « An cataracta vitio lentis, » et en indiquent une seconde de Gastaldy, de 20 pages selon ce dernier auteur, et portant absolument le même titre; elle aurait été publiée, selon eux, à Paris, en 1719, in-8°. Cette dernière, selon Haller, porterait le titre : III quaestio medica, an cataracta a vitio humoris aquei vel crystallini oriatur, an a glaucomate differat et aliter quam operatione chirurgica curari possit. » Il ajoute « Negat auctor. Videtur altera editio prioris libelli, cui profecto eumdem titulum *Mangetus* annumque 1718 et Avenionem pro loco natati tribuit. » Cette note autorise à croire que Haller n'avait pas vu ces opuscules et ne les connaissait que par un extrait; il n'en possédait certainement aucun, puisqu'il n'en a pas marqué le titre d'un astérique. Dans la Bibliothèque chirurgicale de Vigiliis de Creuzenfeld (t. II, p. 1286) la note de Haller est reproduite avec la faute typographique de *Magnetius* pour Mangetus. Beer (Biblioth. ophthalm. t. III, p. 83) cite les titres de ces deux thèses de la même manière que le font Haller et M. Dezeimeris et n'en indique le contenu que par un extrait d'une ligne à peine (preuve suffisante qu'il ne les a point vues). Il dit qu'elles ne semblent être qu'un seul et même ouvrage et que Manget a probablement commis une faute dans la citation. Cette opinion me paraît juste, d'autant que le court extrait donné par

M. Dezeimeris est un résumé exact de celui plus complet contenu dans le *Journal des Sçavants* et que tous les nombreux opuscules académiques de Gastaldy ont été publiés à Avignon où ce médecin était professeur. L'erreur vient probablement de ce que la date et le lieu d'impression de la thèse ont été confondus avec ceux du volume dudit journal qui en contient l'analyse. Dans aucune des volumineuses Bibliothèques de Manget d'ailleurs je n'ai pu trouver le titre des opuscules de Gastaldy ; il est probable que Haller s'est trompé et qu'il a puisé ailleurs que dans Manget les titres et l'analyse de ces dissertations. Je regrette que l'absence momentanée de M. Dezeimeris m'ait empêché d'éclairer mieux cette question de bibliographie qui regarde davantage l'histoire de la cataracte que celle du glaucôme. Les recherches sur ce point d'une si mince importance m'ont coûté près d'une journée.

1719. — Sproegel (J.-C.).

De amaurosi, glaucomate et cataracta in uno eodemque oculo dissecto observata (Ephem. Nat. Curios. Cent. VII, obs. 71, p. 175).

Il s'agit d'un œil atrophié pris sur un chien. Le cristallin était opaque et le corps vitré ridé et desséché ; il n'est nullement question d'un glaucôme véritable.

1721. — Cocchi (A. L.).

De lente crystallina suffusionis sede. Romae. 8.

Nulle part je n'ai pu trouver cet ouvrage qui n'est point réimprimé dans les *Epist. physico-med.* du même auteur (1732, 4), comme on l'a dit quelque part par erreur. Je n'en connais pas non plus d'extrait détaillé et ne sais s'il contient quelque chose sur le glaucôme. Dans les *Commentar. de. reb. in med. et sc. nat. gest.*, vol. VII, p. 735, on dit seulement que Cocchi a confirmé l'opinion de Heister sur la cataracte.

1722 (25 avril). — Benevoli (Ant.).

Lettera all' illustrissimo Valsalva sopra la cateratta dependente d'all' alterazione dell' umor cristallino. Réimprimé dans : *Benevoli*, Nuova proposizione intarno alla caruncola dell' uretra, etc. Firenze. 1724. 8.

Sur le titre de cette dernière édition, la seule dont je me sois servi, le sujet de la lettre est désigné par les mots : « *Sopra la*

cateratta glaucomatosa. » Elle ne traite que de la cataracte lenticulaire simple, de son abaissement et de la dissection de deux yeux sur lesquels les cristallins cataractés avaient été abaissés. Les opinions de Brisseau et de Heister sur le glaucôme du corps vitré n'y sont point touchées.

1722. — Deidier.

(Journal des Sçavants, mai, p. 310.)
Sa lettre à Woolhouse n'apporte aucune nouvelle lumière à la doctrine du vrai glaucôme.

1722, mai. — Pinson.

(Journ. des Sçav., p. 314.)
Observation sur la cataracte et le glaucôme.
Elle ne se rapporte qu'à la cataracte.

1722. — De Saint-Yves.

De Saint-Yves, *Traité des maladies des yeux.* Paris, 1722, p. 264 et suiv.

Saint-Yves, sans aucun doute, a connu, mieux qu'aucun de ses contemporains, le véritable glaucôme ou au moins la cataracte glaucômateuse; car sous le nom de glaucôme il décrit « une espèce d'altération dans le cristallin survenue après une paralysie des nerfs de la vision, laquelle paraît d'abord par une dilatation de la prunelle » (pag. 265). Après en avoir assez bien signalé les prodrômes et la marche, il ajoute : « Peu à peu la vue se perd, et les malades ne voyent plus que la clarté du jour; pour lors le cristallin vient à s'altérer et à perdre sa transparence (p. 266), prenant d'abord la couleur de mer, etc. » Plusieurs autres circonstances indiquées par cet auteur confirment ce que nous venons de dire sur la connaissance assez exacte qu'il avait du vrai glaucôme : « Le glaucôme commence quelquefois après une fièvre (p. 266), dans la crise, par laquelle il se fait un transport dans l'œil de l'humeur qui la causait, d'où toutes les membranes de cet organe souffrent inflammation, sans que la conjonctive soit beaucoup intéressée. Les malades ressentent une douleur vive dans le fond de l'œil et dans la tempe. La goutte sereine suit cette fluxion, après laquelle il succède un glaucôme. Quelquefois un coup de soleil produit le même effet, etc. » « Quelquefois cette



maladie n'a pour cause qu'une humeur épaisse qui fait des obstructions dans le fond de l'œil, et dans le cristallin, d'où il résulte la goutte-sereine et une cataracte qui se forme sans douleur, d'où s'ensuit le glaucôme.» (p. 267.) «Je ne prends point ce desséchement du cristallin pour glaucôme, parce que les parties essentielles de la vision demeurent saines, pendant que le cristallin se dessèche; dans cet état (p. 268) la lumière pénètre encore jusqu'au fond de l'œil, ce qui fait que les malades, nonobstant l'opacité du cristallin, voyent et distinguent les objets, etc.» «La maladie ne guérit point, et quand elle attaque un œil, il y a beaucoup à craindre pour l'autre.» On voit dans tous ces détails le praticien observateur qui, sans attacher de l'importance à l'opacité hypothétique du corps vitré, a aussi bien saisi les caractères et les causes de cette désorganisation des membranes internes que cela était possible dans son temps et sans autopsies.

1736. — Taylor.

Taylor (John), *A new Treatise on the Diseases of the cristalline Humour of the Eye, on the Cataract and the Glaucoma*. Lond. 1736. 8.

Dans aucune bibliothèque de Paris je n'ai pu me procurer cet ouvrage qui, d'après ce qu'on va lire, ne contient probablement rien sur le vrai glaucôme. Beer (Biblioth. ophth.) n'en cite que le titre, Haller (Bibl. chir. II, 172) pas même le titre. Ce dernier rapporte seulement avoir entendu de Taylor même, à la fin de l'année 1734, dans l'une de ses démonstrations publiques, qu'il appelait cataracte une maladie incurable du cristallin caractérisée par l'augmentation de son volume et nécessitant l'extraction. Dans le glaucôme, au contraire, la lentille rapetissée sort en sautant (exsilit) après l'incision de la capsule. Dans son *Méchanisme*, etc. (Par. 1738. 8. p. 327. ch. 46.) Taylor expose dix espèces de maladies dues à la diminution du volume du cristallin devenu opaque, et dans le ch. 47, p. 337 quatre espèces d'opacités du cristallin avec augmentation du volume de ce corps; mais les mots de cataracte et de glaucôme n'y sont point prononcés, parce qu'à cette époque ce charlatan spirituel et instruit avait adopté le système de distinguer minutieusement les maladies oculaires sans leur imposer de nom.

Dans sa *Description exacte de 243 maladies de l'œil*, etc. (Paris?

1766. 4., pag. 21, praelectio 16-19), il revient sur ce système et donne, au contraire, aux affections du cristallin, comme aux autres maladies oculaires, les dénominations les plus variées et les plus singulières. Contrairement au rapport de Haller, et peut-être sans erreur de sa part, par un revirement dans les opinions de Taylor, dans ce dernier ouvrage la cataracte est regardée comme l'opacité du cristallin avec diminution de volume et le glaucôme au contraire comme l'opacité et l'augmentation de volume du cristallin avec plus ou moins de symptômes amaurotiques; la troisième espèce est évidemment la véritable cataracte glaucômateuse, bien que Taylor n'ait point embrassé la théorie de Brisseau sur le glaucôme, puisque parmi les maladies du corps vitré il n'est nullement question de son opacité verdâtre dans ses ouvrages cités (Mécanisme, p. 368, ch. 52, et Description, etc. p. 38). L'opinion à laquelle il semble s'être arrêté en dernier lieu tient donc le milieu entre celles des anciens et Brisseau. Semblable à Woolhouse sous le rapport de son instruction, de son caractère et des manières, au lieu de combattre comme lui les théories modernes, il a cru plus utile à sa réputation de les ensevelir dans un oubli complet.

La description que Taylor donne des trois espèces de glaucôme ne sera pas sans intérêt, puisque tout en complétant la partie historique de notre travail, elle pourra servir à montrer comment les charlatans de tous les âges mêlent à quelque savoir, fruit nécessaire d'une longue expérience, et à une teinte superficielle d'érudition, beaucoup de futilités et de subdivisions fausses ou inutiles, dans le but d'éblouir le public et de faire croire à leur habileté.

Description, etc., p. 23, praelectio 19.

« § 160. Dans les dix précédentes maladies du cristallin, nous « avons donné une description la plus fidèle de celles où il dimi« nüe dans son volume; présentement nous venons considérer celles « où le cristallin vicieux est augmenté dans son volume. Une dis« tinction si essentielle, quoique niée par les auteurs qui n'ont « pas eu occasion d'approfondir cette matière, que le jugement « du mal aussi bien que le succès de la guérison en dépend, étant « certain que si on se trompe dans le prognostic, on expose le « malade aux événements les plus fâcheux : car dans ce cas où « le vicieux cristallin est augmenté, par méprise si on diffère « l'opération, on expose le malade par l'augmentation de la plé-

« thore du globe à être sans remède. L'expérience nous fait voir « trois différentes espèces où le cristallin est augmenté dans son « volume sans le moindre changement, sa capsule opaque, son « opacité égale dans toute son étendue et sa surface égale, d'une « couleur bleuâtre, et qui paraît si près de la prunelle, ou en au- « tres termes si avancé dans la chambre postérieure de l'humeur « aqueuse, que la prunelle qui conserve ses mouvements paroit « contracter et dilater sur un corps convexe, et dans le dernier « degré de cette maladie par l'augmentation du volume du cris- « tallin ; les nerfs dans le fond sont si peu comprimés, qu'ils « perdent peu à peu leur sensation avec douleur, et la prunelle « par conséquent reste immobile et la vue sans remède, argu- « ment de la nécessité de faire l'opération à bonne heure avant « que les nerfs soient comprimés. (Quoique le nom qu'on donne « à cette maladie soit contraire aux sentiments des anciens), il y « a apparence qu'ils se trompoient dans le siége, parce que la « couleur et les apparences montrent leur erreur.

D. Glaucoma, 1, *sp.*

« § 161. Il y a une seconde espèce de cette maladie qui a tous « les symptômes de la première, avec cette différence que le vo- « lume est encore fort augmenté, la prunelle dilatée et immo- « bile ; l'œil insensible à la lumière, et le cristallin est si augmenté « dans son volume qu'il élève la prunelle dans la chambre anté- « rieure vers la cornée, la couleur est bleuâtre, plus foncée que « la première et quelquefois mêlée avec de différents points grisâ- « tres.

D. Glaucoma, 2, *sp.*

« § 162. Enfin il y a une troisième espèce de ces maladies où « le cristallin augmente dans son volume et diffère de la précé- « dente en cela seulement, que dans ce cas-ci la prunelle est « plus dilatée et le cristallin si avancé qu'il parott immédiate- « ment par dessous la cornée, l'œil comme ci-dessus insensible à « la lumière et la couleur du vicieux cristallin paroît d'un verd « foncé comme l'eau de la mer.

D. Glaucoma, 3, *sp.* »

1740. — Morgagni.

Epistolae anatomicae ad scripta pertinentes Valsalvae. Venet. 4. Pars II.

L'immortel fondateur de l'anatomie pathologique, habitué à ne se prononcer positivement que lorsque le scalpel lui avait

fourni des preuves irrécusables, s'exprime avec une grande circonspection sur la question du glaucôme, parce que, dit-il en plusieurs endroits, les dissections n'étaient pas suffisamment nombreuses de son temps. Elles ne le sont pas devenues davantage jusqu'à notre siècle; que n'a-t-on imité sa prudence et refusé d'admettre sans vérification des opinions basées sur quelques autopsies incomplètes?

Epist. XVIII, § XXXVI, p. 351. « Je crois préférable d'appeler cataracte ou suffusion la concrétion de l'humeur aqueuse» [les cataractes capsulaires et les fausses membranes constatées par la dissection], glaucôme, au contraire, l'opacité du cristallin ou du corps vitré. Car je n'ai point d'opinion arrêtée si je dois assigner le nom de glaucôme à l'opacité du cristallin ou à celle du corps vitré, les symptômes de cette maladie [du glaucôme] étant fort peu sûrs (*fallacia*), comme nous l'avons vu, et les auteurs différant beaucoup sur ce point. »

Dans le commencement du chapitre suivant (c. 37, p. 351) le professeur de Padoue ajoute quelques auteurs à ceux que Heister a regardés comme ayant parlé avant Brisseau du glaucôme causé par l'opacité du corps vitré. « Pierre d'Argelata (Chirurg. l. 5. tr. 7. part. 5. c. 4) a placé entre les causes de la faiblesse de la vue non-seulement l'humeur cristalline *trop épaisse ou trop tenue* (nimis grossum aut subtilem) dans sa substance, ou altérée, mais aussi l'*humeur vitrée à cause des mêmes dispositions*. Jean Arculanus (Pract. c. 30) a dit expressément que *non-seulement au devant du cristallin, mais dans le cristallin et derrière ce corps, c'est-à-dire dans le vitré, il peut exister une obstruction* (oppilatio) *aqueuse ou une cataracte dans le sens général* (communiter sumpta), c'est-à-dire, empêchant la vision, en quelque endroit qu'elle se trouve, non-seulement celle prise dans le sens propre (proprie acceptam) qu'il n'admettait que dans l'humeur aqueuse. » Ce que nous avons dit à propos de Heister, nous le répétons à l'occasion de ces citations de Morgagni que nous avons vérifiées : ces auteurs, en décrivant des altérations du corps vitré que d'ailleurs ils n'admettaient que théoriquement, sans preuve anatomique, n'ont aucunement songé à leur donner le nom de glaucôme. Le passage d'Arculanus (Practica, Venet. 1557. fol., c. 30, p. 55, 2, H.), rapporté incomplétement par le grand anatomiste, si exact d'ordinaire dans ses citations, a été mal interprété par lui. « Arculanus classe les obstructions du corps vitré avec celles de la rétine et des nerfs

optiques dans les engorgements aqueux de l'œil qui, selon lui, forment la cataracte dans l'acception la plus large et le sens étymologique du mot (descensus aquae in oculum, selon les Arabes). Aussi regarde-t-il ces engorgements comme synonymes de la *goutte sereine*. « Unde non solum ante crystalloïdem, sed in crystalloïde et post crystalloïdem, scilicet in vitreo, retina et secundina, sclerotica, conjunctiva, nervis opticis potest esse oppilatio aquosa prohibens spiritus visibiles venire ad crystalloïdem, et sic potest esse cataracta communiter sumpta, *quae tum ab oculis aspicientibus non videtur* [ce qui exclut toute pensée d'une véritable *opacité* du corps vitré], *quam aliqui appellant guttam serenam*...... Cataracta autem proprie sumpta est oppilatio aquosa prohibens transitum specierum visibilium ab objectis exterioribus ad crystalloïdem. » Il ne s'agit donc nullement ici, comme dans les autres passages des auteurs antérieurs à notre seconde période, d'un glaucôme du corps vitré dans le sens de Brisseau.

Dans le § 41 (pag. 357) Morgagni dit fort bien que le nombre des dissections faites jusqu'à son temps ne suffit point pour porter un diagnostic sur les opacités du corps vitré. Il ajoute avec raison que toute cataracte luisante n'a point son siége dans cette humeur de l'œil; qu'il y en a qui siégent dans le cristallin même, et que la situation profonde de l'opacité, signe en général plus certain de l'affection du vitré, n'a même point une certitude absolue, puisque, dans ce cas, elle peut siéger dans les lames profondes du cristallin ou dans sa capsule postérieure. « C'est à cause de l'obscurité qui règne encore sur le diagnostic des maladies du corps vitré», continue-t-il (pag. 358, § 42), qu'on nous pardonnera, à Valsalva et à moi, de ne point encore adopter le nom de glaucôme pour l'opacité de cette humeur.

Morgagni cite encore un passage de Thomas Burnet (Thesaur. med. pract. 1672. l. 7. sect. 6) que je n'ai pas actuellement le temps de vérifier, passage ainsi conçu : « Glaucoma esse cristallini, aut vitrei, aut etiam aquei humoris in glaucum, seu caesium colorem mutationem. » La mention de l'*humeur aqueuse* suffit pour prouver que Burnet n'a voulu qu'étendre la définition des anciens et que sa description ne s'applique point au glaucôme de Brisseau. Un autre passage rapporté par Morgagni me semble plus important. Jean Mathieu de Gradi aurait dit (Pract. p. 1, tr. 1, c. 27) : « Cataractam albam ad viriditatem declinantem aliquando significare quod materia profundatur multum in vitreo : et ita ad

viriditatem declinare apparere : sic etiam videre nos in profunditatibus aquarum quod apparent virides ; hoc idem signum aliquando significare mixtionem colorae. » On ne peut s'empêcher de croire que l'auteur de ce passage a entrevu le véritable glaucôme. Vérification faite, je l'ai trouvé, non sans peine, à la p. 96, *verso*, col. a, de l'édition de 1502 qui n'est point divisée en traités. La première édition a paru en 1497, mais l'ouvrage a été écrit en 1471, comme on le voit par la date de la dédicace de la 2[de] partie (p. 182, *verso*, a).

Quant à un passage de Forest (Foresti obss. et curat. med. l. 11, obs. 22, Schol.) que Morgagni cite également, je le connaissais, mais j'avais cru devoir le passer sous silence parce que je le regarde comme ne se rapportant aucunement au glaucôme. Nous le placerons ici, à cause de l'interprétation que Morgagni lui a donnée ; il appartient à l'année 1602 : « La couleur de la cornée, d'après quelques auteurs, change aussi dans la lèpre et selon les variations de l'humeur cristalline et aqueuse et de l'esprit visuel et de l'humeur vitrée (*secundum diversitatem humoris crystallini et albuginei et spiritus et humoris vitrei*). D'où vient qu'Aëtius, etc. » Suivent les opinions des anciens sur le glaucôme ; mais les paroles de Forest lui-même ne s'appliquent point du tout à cette maladie.

1740. — Ferrein.

Leçons sur les Maladies des yeux, recueillies par un de ses élèves. (Manuscrit qui se trouve en ma possession.)

Dans ce cours fait avec beaucoup de soin, Ferrein a traité du glaucôme d'après les opinions de Brisseau et de ses contemporains, avec quelques modifications cependant que nous allons citer textuellement, et en ne rapportant point à Brisseau toutes ses opinions.

« Les anciens, et même tous les médecins habiles, ont défini le glaucôme : une opacité dans la pupille, et qui a devant soy quelque chose de brillant..... M. Brisseau a avancé que le glaucôme était causé par la seule fonte du vitré, sans opacité de sa part. » [Nous avons vu que ceci est faux.] « Quelques oculistes ont avancé que le glaucôme était une complication de la cataracte avec la goutte sereine. Ce qui pourrait avoir de la vraisemblance parce que quelquefois la goutte sereine survient aux vieilles cataractes. Mais supposons une cataracte, la goutte sereine changera-t-elle

le caractère de la cataracte, deviendra-t-elle plus brillante, paraîtra-t-elle plus enfoncée, et plus éloignée pour cela de la pupille ?

La cataracte compliquée avec la goutte sereine est assez commune, au lieu que le glaucôme est une maladie extrêmement rare. Le siége du glaucôme doit être plus éloigné que celui de la cataracte, puisqu'il paraît plus enfoncé.

Ainsi l'*opacité de la membrane postérieure du cristallin*, *de celle du châton du vitré, du corps du vitré*, est ce qui constitue le glaucôme. »

Parmi les symptômes Ferrein rapporte : « Le glaucôme a différente couleur, tantôt verte, tantôt jaune, noire, bleue, mais toutes ces couleurs ont quelque chose de brillant. »

Il professait donc les opinions de Brisseau, un peu modifiées, surtout en ce qui touche l'*opacité de la cristalloïde postérieure*, opacité que nous ne trouvons mentionnée que chez lui et chez M. d'Ammon, bien que ce dernier ne la regarde point comme essentielle pour le glaucôme.

1744. — Palfin (J.).

Il est probable que cet anatomiste embrassa de bonne heure l'opinion de Maître-Jan dont il traduisit en flamand l'ouvrage. Je dois à l'obligeance de M. le docteur Cunier le passage suivant que j'ai vérifié ; il ne se trouve point dans la traduction de A. Petit, Paris, 1753 ; je n'ai pu me procurer l'original flamand, qui a paru à Leyde en 1718.

Anatomie chirurgicale, traduit par Boudon, Paris, 1734, vol. I, p. 394 : « Quelquefois le cristallin se durcit et devient opaque, soit de cause interne ou d'externe. Cette maladie s'appelle *glaucôme*. On le prend alors assez souvent pour une *cataracte ;* et après l'avoir abattu et logé entre la partie postérieure de l'iris et de l'humeur vitré, il arrive quelquefois qu'il remonte, et passe par la prunelle dans la première chambre, entre l'iris et la cornée, où il nage dans l'humeur aqueuse et cause une inflammation fort douloureuse, qui se dissipe lorsque le cristallin endurci repasse par le même chemin qu'il était venu. »

1746. — Boerhaave.

(De Morbis oculorum. Gotting. 8°, cap. III, p. 85, trad. franç., Paris, 1749, in-8°, p. 109.)

Il ne cite le glaucôme que comme synonyme de la cataracte chez les anciens, bien qu'il parle des recherches et des discussions auxquelles cette maladie avait donné lieu depuis les premiers mémoires de Brisseau. Cette circonstance s'explique facilement : le traité des maladies des yeux du célèbre professeur, publié pour la première fois en 1746, est un ouvrage posthume imprimé sur un manuscrit de ses leçons faites en 1708. Or Brisseau n'avait exposé son opinion sur le glaucôme que dans ses « troisièmes observations, » publiées en 1709 (p. 127 de son ouvrage).

1750. — O'Halloran.

Sylvestre O'Halloran, a new Treatise on the Glaucoma or Cataract. Dublin, 1750, 8. Je n'ai pu me procurer cet ouvrage et ne le connais que par la courte analyse qu'en donne Haller (Bibl. chir. II, p. 345) et que Beer a copiée (Bibl. ophthalm. III, p. 46). Dans la préface l'auteur réunit l'historique de la cataracte, maladie qu'il regarde comme ayant son siége dans le cristallin et ne différant point du glaucôme. Par conséquent son ouvrage ne doit rien contenir sur le glaucôme véritable.

1758. — Platner (J.-T.).

Institutiones chirurgiae rationalis. Lips. 8°. § 1309.

Élève de Woolhouse qu'il cite souvent avec éloge, il a cherché à réunir l'opinion de cet oculiste et celle de Brisseau, en admettant deux espèces de glaucômes dont la première est la cataracte lenticulaire molle compliquée d'amaurose ou la cataracte glaucômateuse, la seconde le glaucôme de Brisseau : « Le cristallin, » dit-il, « se tuméfie beaucoup avec son enveloppe, de manière à comprimer les autres membranes oculaires. Le globe, dur, rénitent, s'élève et proémine plus qu'à l'état normal et éprouve un certain degré de pesanteur et de douleur. L'opacité a la couleur de l'eau de mer. Enfin, si la maladie devient chronique, la pupille se dilate et il survient un mydriasis. Le vitré et la rétine étant comprimés par le cristallin très-gonflé, la faculté visuelle s'abolit et il se forme une amaurose. On appelle glaucôme cette maladie. Mais un autre genre de glaucôme a lieu, lorsque l'humeur vitrée se tuméfie, se corrompt et s'obscurcit. Ce corps cependant se dissout beaucoup plus fréquemment, et l'œil frappé de cécité devient concave et flasque, sans rénitence à la pression.

Avec l'altération (*corruptio*) de l'humeur vitrée le cristallin doit nécessairement devenir malade (*vitiari*).

1759. — Sauvages.

Fr. Boissier de Sauvages, Pathologia methodica. Ed. III. Lugd. 1759. 8.

Ejusd. Nosologia methodica. Amst. 1768. 4. T. I. p. 719, sqq.

Dans le premier de ces ouvrages les descriptions des maladies ne sont qu'esquissées, dans le dernier elles sont plus détaillées.

Parmi les cataractes Sauvages compte :

I. *Cataracta vera* Maître-Jan. *Glaucoma* Woolhousii.

(Avec les différentes sous-divisions de la cataracte.)

II. *Cataracta antiglaucoma* Maître-Jan. Augmentation du volume du cristallin avec amaurose. [*Protubérance du cristallin*, Maître-Jan, ch. 17, p. 228; c'est une espèce de cataracte glaucômateuse, le nom *antiglaucôme* a été donné à cette maladie par Sauvages.]

III. *Cataracta glaucoma* Maître-Jan et Saint-Yves. Le glaucôme de Maître-Jan, non de Woolhouse. Sauvages réunit ici les descriptions de Maître-Jan et de Saint-Yves, bien qu'elles ne se rapportent point absolument à la même maladie.

Le traducteur et commentateur de Sauvages, G. Wallis (Nosologia methodica oculorum, Lond., 1785, 8), n'a rien ajouté au texte du nosologiste.

Irka (J. L.) (de Morbis oculorum internis, Vienn., 1771, 8, p. 57, sqq.) a copié *mot-à-mot* Sauvages, pour cet article comme pour le reste de l'ouvrage, sans le nommer une seule fois. C'est un des plagiats les plus effrontés qui aient été jamais commis! Il a échappé à Richter (Biblioth. chirurgicale, t. I, cah. 4, p. 175), à Beer (Maladies des yeux, 1792, t. II, p. 421 et Bibl. ophthalm., t. III, p. 5), à Haller (Bibl. chirurg., t. II, p. 570) et à d'autres critiques.

1760. — Anonyme.

La fabrique ou conformation de l'œil et les différents dérangements de la vue, etc. Traduit de l'anglais en allemand par Th. Arnold. Lemgo. 8°.

Cet opuscule dont je regrette beaucoup de n'avoir pu trouver l'original ni découvrir le nom de l'auteur contient la première description de la plupart des symptômes précurseurs qu'on a de nos jours (depuis M. Weller) attribués à tort au glaucôme, tandis

qu'ils appartiennent à l'amaurose en général. Chap. 14, pag. 71. « Le glaucoma ou cataracte vert-bleuâtre est un dérangement de l'humeur cristalline, accompagné, ou, pour mieux dire, causé par une paralysie des nerfs de l'œil.

Les premiers symptômes sont très-clairs et manifestes et doivent être observés avec soin, parce qu'au début les médicaments exerceront une grande action, tandis que plus tard on les emploie en vain. Le premier symptôme de cette affection est (72) *un brouillard devant les yeux*. Cela s'observe surtout le matin lors du lever et le soir lorsque la lumière est apportée dans la chambre. Il n'est pas de la nature des taches ou pellicules qui, lors du début d'une cataracte, semblent suspendus devant les yeux, ni de celle des poussières obscures qui gênent la vision par des causes moins importantes; mais c'est au contraire une espèce de vapeur permanente qui fait que l'œil paraît faible et la vision trouble. A mesure que l'affection augmente cette vapeur devient plus épaisse, et la vision par le milieu de la pupille se perd, tandis que près des coins [près des parties latérales de la pupille] il reste encore quelque faculté de voir, quoique difficilement et imparfaitement. Ceci est le second degré du glaucôme. Pendant le premier degré l'examen de l'œil ne découvre rien; pendant le second l'humeur cristalline commence à changer de couleur. Plus tard, au troisième degré, dans lequel la maladie doit être regardée comme confirmée le malade distingue le jour des ténèbres sans pouvoir reconnaître aucun objet; et l'humeur cristalline prend une couleur vert-bleuâtre. Le globe oculaire est dès le commencement élargi [*ausgebreited,* c'est probablement une mauvaise traduction du mot anglais *distended*, distendu], et le malade ressent des douleurs violentes, (73) non-seulement dans le globe oculaire mais aussi dans les tempes.

Les causes de cette maladie sont multiples. Elle survient tantôt insensiblement sans aucune cause évidente, tantôt plus rapidement par suite d'accidents; et pendant ces derniers l'action brusque et violente de la lumière est la principale et la plus ordinaire. Lorsque ces causes ont agi, d'ordinaire les deux yeux se prennent en même temps. Lorsque la maladie se forme successivement et plus lentement, d'ordinaire un œil se prend le premier. Mais lorsque le mal s'est fixé dans l'un des deux yeux, le plus souvent, elle attaque aussi l'autre, et d'après le cours ordinaire de la nature tous les deux se perdent.

Dans ce dernier degré de la maladie il n'y a rien à espérer des médicaments et en effet presque aussi peu de la main de l'opérateur. Par cette raison il faut redoubler d'attention lors des premiers symptômes. « Suit la prescription de l'usage interne d'une infusion spiritueuse et aromatique, semblable à celle indiquée par Bartisch, à employer au début de la première période, ainsi que de fomentations spiritueuses d'une infusion d'euphraise. En même temps l'auteur conseille d'éviter la lumière trop vive et la fatigue des yeux. Toute cette description, à part quelques erreurs, est excellente pour le temps et dénote un très-bon observateur.

(75.) « Lorsque la maladie n'est pas trop avancée, » ajoute l'auteur, « ces moyens, au bout de huit à dix jours, améneront quelques signes d'amélioration, et en continuant avec le plus grand soin, au bout de quelques semaines la cure sera plus parfaite. La maladie revient parfaitement, et par cette raison le malade doit observer attentivement les premiers symptômes de rechutes, et avoir recours aux mêmes médicaments. »

1769. — Guérin.

(Maladies des yeux. Lyon. 8°. p. 397.)

« Le glaucôme est l'épaississement et la perte de transparence de l'humeur vitrée. Son symptôme le plus sensible est l'aveuglement ; un autre non moins sûr est une blancheur au trou de la pupille de couleur plombée : ce blanc n'est point couronné, comme dans le cas de cataracte cristalline, d'un cercle noir. Le glaucôme a des degrés : dans le commencement ce n'est qu'un (398) obscurcissement incommode ; la blancheur n'est pas bien sensible ; peu à peu l'obscurcissement augmente, ainsi que la blancheur. »

1770. — Deshais Gendron.

(Maladies des yeux. Paris, 8°, t. II, p. 309.)

P. 312. « Si le glaucôme est parfait, le cristallin n'a plus aucune transparence ; il est de la couleur d'un verd plus foncé, ou jaune, ou comme un grain de grêle, pour lors l'opacité est entièrement formée, et le malade ne voit plus rien dans cette maladie ; le cristallin se desséchant, et diminuant de volume, paraît plus petit, plus enfoncé que dans la cataracte vraie. Cet enfoncement qui est un des signes le plus certain et le plus sûr pour distinguer le glau-

côme d'avec la cataracte, m'a toujours fait croire que le siége de cette maladie pourroit bien être une opacité de l'humeur vitrée, ainsi que le pense M. Brisseau; et que, par cette raison, ces espèces de cataractes paroissent brillantes et luisantes, par le coloris que l'humeur vitrée communique au cristallin, qui conserve sa transparence naturelle. »

Il est faux de dire que dans le glaucôme complet le cristallin est toujours opaque; la fin du passage cité est d'ailleurs en contradiction avec cette assertion. La cataracte glaucômateuse n'est pas non plus desséchée, mais, au contraire, très-volumineuse : on voit que Gendron n'a fait ici qu'un mauvais amalgame des opinions des anciens, de Maître-Jan et de Brisseau, qu'il a en général adopté celles de ce dernier, et qu'il n'avait pas, par sa propre observation, très-bien étudié le vrai glaucôme. Toujours est-il qu'il n'était pas très-sûr de lui-même, et qu'il n'avait point d'opinion arrêtée, comme le prouve le passage suivant :

P. 313. « Le glaucôme a été regardé par les anciens et par les modernes, comme incurable par l'opération. Quelques auteurs cependant ont proposé des remèdes intérieurs dans le commencement de cette maladie, pour en empêcher les progrès. Je pense qu'on pourroit en faire quelques uns de ceux dont nous avons parlé en traitant de la cataracte, surtout ceux qui sont propres à inciser, diviser, et à évacuer les humeurs. Si cependant le glaucôme ne consiste seulement que dans une opacité et un dessèchement du cristallin, comme l'ont cru les anciens, nous pensons qu'on pourroit l'opérer ainsi que la cataracte : mais si la maladie est une altération de l'humeur vitrée, ou que le glaucôme soit une altération du cristallin accompagné de paralysie, il n'y a nulle opération à tenter, ni aucun remède à faire. »

1771. — Stoerck.

(De pulsatilla, p. 48, obs. 33.)

« Un homme de 40 ans, par suite d'une maladie aiguë grave, perdit insensiblement la vue par une amaurose de l'œil droit et un glaucôme de l'œil gauche. Différents moyens employés pendant plusieurs années n'ont point amené d'amélioration. Il prend maintenant depuis deux mois la poudre A » [sept grains (35 centigr.) d'extrait de pulsatille, en commençant par une dose moindre]; « le glaucôme diminue, l'iris de l'œil amaurotique devient

mobile et le malade commence le soir à distinguer la flamma d'une bougie. »

On voit que cette observation, incomplète autant sous le rapport de la description de la maladie que sous celui de la durée et du résultat du traitement, est bien loin de pouvoir donner de la confiance dans le remède.

1771. — Irka.

(Voyez 1759. Sauvages.)

1777. — Plenck.

Doctrina de morbis oculorum. Vienn. 8. p. 170. (Ed. II, non changée, 1783.)

Il regarde le glaucôme comme une opacité du corps vitré, d'un diagnostic très-difficile, et en admet trois espèces, sans dire où il a puisé les faits sur lesquels il se base ; car il ne cite que l'ouvrage de Heister :

« I. *Glaucoma opacum*, dans lequel le corps vitré a perdu sa transparence, comme [le cristallin] dans la cataracte molle. Dans la maladie commençante on pourrait tenter extérieurement la vapeur d'ammoniaque et intérieurement l'extrait de pulsatille, de ciguë, de jusquiame blanche, d'aconit avec des cloportes ou le calomel, et l'infusion d'arnica.

II. *Glaucoma terreum*, où, d'après les auteurs, l'humeur vitrée dégénère en une concrétion terreuse. » [Il a sans doute eu en vue le cas d'ossification du corps vitré observé par Lancisi et rapporté par Heister, maladie qui n'a rien de commun avec le glaucôme, comme nous l'avons exposé] (§ XIX, *viij*, etc.).

III. « *Glaucoma purulentum.* C'est le changement de l'humeur vitrée en une humeur purulente ou analogue au pus. Cette maladie est incurable et envahit l'autre œil, si l'œil malade n'est pas extirpé. » [Il serait curieux de savoir d'où Plenck, simple compilateur, a tiré ce pronostic et cette absurde indication de l'extirpation du globe, répétée depuis par quelques auteurs. C'est probablement quelque cas d'encéphaloïde de la rétine, pris pour un glaucôme, qui en a été la première source.]

1780. — Troja (M.).

Malattie degli occhi. Napoli, 8, p. 402.

« Le glaucôme est une opacité du corps vitré qui se distingue

de la cataracte par une couleur blanchâtre profonde et uniformément étendue dans toute la pupille, tandis que dans la cataracte on voit un cercle à peu près (*quasicche*) noir à la circonférence du cristallin, surtout pendant la dilatation pupillaire. »

1781. — Bartholon de Saint-Lazare.

(Électricité médicale. Trad. allemande. Bern. 8.)

Je n'ai pu me procurer cet ouvrage, ni l'original français. Il paraît d'après une citation (Comment. de reb. in scientia nat. et med. gestis, t. XXV, p. 58), que l'auteur prétend avoir guéri le glaucôme par l'emploi de l'électricité.

1785. — Wallis.

Voyez 1759, Sauvages.

1786. — Desmonceaux.

(Traité des Maladies des yeux et des oreilles. Paris, in-8°, t. I, p. 458.)

« Les anciens confondoient souvent le glaucôme avec la goutte sereine : les plus exacts en ont fait une maladie de l'humeur vitrée. J'ai quelquefois ouvert les yeux de personnes mortes et affectées du glaucôme : la section transversale faite de l'œil, j'ai employé la longitudinale pour reconnaître les parties en place ; c'est alors que j'ai trouvé que *la choroïde avoit perdu de sa couleur naturelle*, que le tissu de la rétine étoit comme enveloppé d'une humeur gélatineuse, qui paroissoit faire corps avec la capsule membraneuse de l'humeur vitrée ; que le cristallin qui est dans sa partie antérieure, étoit comme collé avec sa capsule, à cette même humeur, qui, de même que ce corps lenticulaire, avoit perdu sa transparence. La section faite de la capsule de l'humeur vitrée, j'ai reconnu que cette liqueur étoit plus épaisse que dans l'état de santé ; mais que *sa capsule y formoit une espèce d'opacité qui avoit une teinte de verd de mer azuré ;* d'où l'on peut conclure que le glaucôme n'est autre chose que l'obstruction de la capsule membraneuse de l'humeur vitrée, qui communique les mêmes effets à toutes les parties internes. Le glaucôme est donc, d'après les observations générales, l'altération de l'humeur vitrée ; pour moi, j'ai toujours reconnu que cette altération étoit la suite et l'effet

de la goutte-sereine, et surtout de celle qui, insensiblement, se couvre d'un voile ou gaze qui vient terminer la perte de la vue. Ce n'est pas que je révoque en doute les différentes maladies dont cette humeur peut être susceptible, surtout après les lésions, les contusions auxquelles le globe de l'œil est sujet ; c'est pourquoi il peut se faire que la rétine et la choroïde ne deviennent elles-mêmes affectées, qu'après l'altération de l'humeur vitrée. Mais, dira-t-on, le cristallin devient opaque, et l'humeur vitrée qui lui sert de châton, n'en est pas altérée; cela est vrai, puisque le cristallin et sa capsule nagent dans une humeur qui empêche ou diminue les effets de ses adhérences. Le verd de mer n'est pas toujours la seule couleur constante du glaucôme; j'ai souvent remarqué des teintes brunes, des teintes jaunes se mêler avec le verd de mer, qui finit presque toujours par une couleur d'un gris-blanc, qui est alors l'opacité du cristallin. L'humeur vitrée, après avoir reçu son altération, soit d'elle-même, soit de la rétine, soit de la choroïde, finit par communiquer la même opacité à la capsule du cristallin, au cristallin lui-même, qui paroît se dessécher et diminuer de volume, par l'adhérence qu'il prend avec l'humeur vitrée.

« D'après cet exposé, il est constant que le glaucôme est une maladie incurable et la plus redoutable du globe de l'œil, la maladie pour laquelle on ne doit employer aucun remède, à moins que l'irritation nerveuse ne vienne à procurer des douleurs qu'il faudroit chercher à calmer par les pédiluves, les manuluves, les émolliens et les adoucissans, tant en bains du corps, que douches des yeux et topiques légers. Mais, pour ce qui est de l'extraction du cristallin, l'opération n'est ni praticable, ni à pratiquer ; parce que, la cause première toujours subsistante, le traitement curatif de la caüse seconde ne peut avoir lieu ; parceque, la section de la cornée faite, le cristallin se trouveroit adhérent ; parce qu'enfin l'extraction forcée de ce même cristallin pourroit déterminer une maladie de plus, qui seroit une inflamation qui dégénéreroit en suppuration, et la suppuration en fonte entière du globe. »

Des deux passages que nous avons soulignés, le premier est en rapport, le second en contradiction avec le résultat de toutes les autopsies authentiques de glaucômes. Nous avons déjà dit que la couleur du corps vitré varie selon celle du fond sur lequel on le place ; on sait également qu'une idée préconçue et le désir de trouver telle ou telle altération change souvent beaucoup le ré-

sultat des recherches anatomiques, quand elles ne sont pas faites avec une exactitude minutieuse et des précautions extrêmes.

1786. — Arrachart (J. N.).

Traité des maladies des yeux. (Recueilli d'après ses leçons. Manuscrit qui se trouve en ma possession.)

Arrachart connaissait déjà quelques symptômes du glaucôme qu'aucun auteur n'a signalés avant lui, comme on verra par les citations suivantes. La décoloration de l'iris, mentionnée pour la première fois, est surtout intéressante : « Cette maladie s'annonce ordinairement par des maux de tête; peu à peu l'œil s'enflamme, la couleur de l'iris s'altère et la pupille perd sa couleur noire et sa transparence. Les vaisseaux engorgés forment une inflammation circulaire autour de la cornée. Les couleurs de l'iris se perdent; quelquefois cette partie se trouve tellement dilatée, qu'à peine son grand cercle peut-il s'apercevoir. Le crystallin qui a perdu sa transparence et qui réfléchit encore un peu celle [la couleur] que l'humeur vitrée a acquise paroît appliqué contre la surface postérieure de la cornée. L'humeur aqueuse paroît ne plus exister, s'étant évaporée ou ayant été forcée de transsuder à travers les pores des membranes....

Le malade ne peut plus rien distinguer, pas même le jour d'avec les ténèbres. La couleur du cristallin est d'un vert jaunâtre, approchant de la couleur d'une feuille de chêne morte. Souvent le globe de l'œil reste un peu plus gros que dans l'état naturel; quelquefois aussi il diminue de volume; mais c'est plus rare. Cela dépend du degré de sécheresse qu'a acquis l'humeur vitrée et le cristallin. L'une et l'autre se confondant ensemble prennent ordinairement la consistance d'une pierre ou d'un caillou. L'autopsie cadavérique a presque toujours convaincu de cette transformation en matière pierreuse, dans tous les glaucômes examinés. L'iris est effacé, ou s'il reste quelques vestiges de son grand cercle, il paroît de couleur brune, tirant sur le noir..... »

1790. — Richter (Aug. G.).

Chirurgie, vol. III. (En allemand.)

Il doit paraître extraordinaire, que ce chirurgien, un des plus habiles de son temps et dont l'expérience était vaste et aussi grande en médecine qu'en chirurgie, n'ait pas parlé du glaucôme dans

un ouvrage qui, l'un des premiers, a activement contribué à fonder l'ophthalmologie rationnelle. Au moins, en parcourant ce volume et la partie du précédent qui ensemble constituent un traité assez complet des maladies des yeux, n'ai-je pu trouver que le passage suivant, dans le § CLXVIII consacré aux fausses cataractes (p. 178), qui s'y rapporte : « Qelquefois il se forme une opacité de la partie de la membrane hyaloïde qui recouvre le châton du corps vitré dans lequel le cristallin et sa capsule sont placés ; seconde espèce de fausse cataracte (cataracta hyaloïdea). » Nous verrons la même observation se reproduire pour Scarpa.

1791. — Beer (J. G.).

Observations pratiques sur les maladies des yeux.

Dans cet ouvrage il ne parle point du glaucôme. Dans son premier Traité des maladies des yeux (Vienne, 1792, 2 vol. in-8°; vol. II, p. 258), il y a consacré un chapitre. Il ne sera pas sans intérêt de marquer quelles étaient, à cette époque, les opinions de cet ophthalmologiste qui joue un si grand rôle dans la troisième période (voir 1813); sans s'écarter beaucoup des auteurs qui l'ont précédé, il se prononce cependant d'une manière beaucoup plus positive qu'aucun d'eux, en disant que le glaucôme, causé par l'opacité du corps vitré et digne du nom de cataracte verte, est d'un diagnostic facile, en ce qu'il présente, outre la couleur terne (truebe) et verte derrière la pupille, tous les symptômes de la cataracte compliquée d'amaurose. Sous ce rapport il a de beaucoup dévancé un grand nombre de chirurgiens de notre siècle dont les idées sur le glaucôme sont restées très-vagues et qui l'ont regardé comme très-difficile à reconnaître. Toujours, dit-il, le cristallin participe en même temps à l'opacité, mais on peut très-bien distinguer celle de la lentille de celle du corps vitré. Il est évident cependant que cette assertion de Beer ne saurait trouver son application qu'à un obscurcissement commençant, le fond de l'œil cessant d'être visible lorsque le cristallin n'est plus perméable aux rayons lumineux. Un dessin ajouté par Beer, le premier qu'on possède sur le glaucôme, n'apporte aucune nouvelle lumière à la question.

Des observations détaillées, que l'auteur cependant n'indique point autrement, prouvent d'après lui que la maladie reconnaît pour sa cause la plus ordinaire un dépôt de l'acrimonie (*schaerfe*)

rhumatismale, goutteuse, vénérienne, scrofuleuse et de celle de la gale. Il n'y a de la ressource que dans le commencement de la maladie, dans les moyens indiqués contre l'amaurose suite des métastases de matières morbides. C'est aussi par les seuls symptômes de la goutte sereine que la maladie débute.

Dans son ouvrage *Bibliotheca ophthalmica* (Vienne, 1799, Beer, vol. II) ne cite que les titres des ouvrages et mémoires de Taylor, Woolhouse, La Hire fils, Méry, Heister et Sproegel. Quant à celui de Brisseau, il n'en donne qu'un extrait de quelques lignes (p. 81) en disant que cet auteur a montré (*zeigte*) le premier que la cataracte est une véritable opacité du cristallin et le glaucôme une maladie du corps vitré.

1801. — Arnemann.

(Maladies des yeux, en allemand. Gottingue. 1801. 8. p. 234.)

...... « [Dans le glaucôme] on distingue quelquefois sur cette surface verte des vaisseaux sanguins bien manifestes. » [Ceci est une erreur. Voy. le § XVI de notre mémoire, III, 1er al., et XII, 1er al.] « On a presque généralement regardé la dissolution ou une autre altération quelconque de l'humeur vitrée comme la cause de cette cécité. Cependant nous manquons à un haut degré de dissections exactes et d'observations sur ce sujet. Qelquefois le glaucôme se forme soudainement, et il est vraisemblable que (235) la rétine est le siége principal de la maladie et gravement affectée. Les altérations du corps vitré ne doivent vraisemblablement être regardées que comme consécutives. La maladie, arrivée à son plus haut degré, est incurable ; lorsqu'elle était peu avancée, j'ai quelquefois rétabli la vision ; mais même alors la cure est toujours longue et incertaine. Le traitement est celui de l'amaurose.

Quels sont les suites et les changements qu'on pourrait attendre de l'extraction du cristallin ? » [Nous croyons cette question résolue par ce que nous avons dit dans les §§ XII (al. 2), XIV et XVII.]

(*La suite au prochain n°.*)

DE L'EMPLOI DES VERRES DE LUNETTES DANS LE TRAITEMENT DE QUELQUES AFFECTIONS OCULAIRES.

Lettre adressée à M. SERRE, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier; par M. FLORENT CUNIER.

Monsieur et illustre maître,

Vous avez publié tout récemment dans la *Gazette médicale de Paris* et dans mes *Annales d'Oculistique*, une *Note sur l'influence de l'inflammation d'un œil sur le rétablissement de la faculté de voir dans l'œil du côté opposé.* Vous rapportez l'histoire de deux malades chez lesquels l'état inflammatoire d'un œil, survenu chez l'un à l'occasion de la formation d'une pupille artificielle, chez l'autre après une opération de cataracte, a suffi pour améliorer, au moins momentanément, la vue de l'autre œil, frappé d'amaurose; vous terminez ainsi :

« En attendant que je me livre moi-même à des recherches ultérieures sur « ce sujet, j'ai cru devoir prendre date et signaler les faits qui m'ont con- « duit à ouvrir une nouvelle voie au traitement de l'amaurose; qu'il me « suffise, pour le moment, de dire que, pour triompher de cette maladie, « il faudrait peut-être agir directement, non pas sur la cornée transparente, « ou sur la peau qui recouvre les parties voisines de l'œil, mais bien sur la « branche frontale du nerf ophthalmique de Willis, sur le ganglion ciliaire, « sur l'iris, *ou même* SUR LA RÉTINE. »

« Il reste bien entendu, ajoutez-vous, que je ne parle que des amauroses « asthéniques, nerveuses, dans lesquelles il y a perte plus ou moins com- « plète de la vue sans altération matérielle appréciable dans les milieux de « l'œil. »

Ainsi que j'ai eu l'honneur de vous le mander, en vous accusant réception de votre envoi, j'ai déjà mis en usage, dans le traitement de l'amaurose, la méthode que vous vous proposez d'essayer; voici ce que j'écrivais dans la livraison de septembre 1840 (vol. III, p. 276) de mes *Annales :*

« J'ai réussi dans ces derniers temps à guérir, ou du moins à modifier, par « l'exercice au moyen de verres, en en diminuant chaque jour le foyer, puis « enfin à l'œil nu, plusieurs cas de myopie et de presbyopie des plus pro- « noncés. J'en ferai prochainement l'objet d'un mémoire; je signalerai en « même temps la cure de *plusieurs amauroses par l'usage opportun du* « *même moyen.* »

Déjà, dans la livraison de juin de la même année, j'avais parlé de l'exercice orthophthalmique comme moyen de faire cesser l'anesthésie rétinienne, cause ou suite du strabisme, et j'ai, depuis lors, fréquemment insisté sur ce point.

Au reste, je dois à la vérité de dire que je n'ai pas été le premier à songer à l'emploi des verres, comme moyen de réveiller la sen-

sibilité de la rétine. Malgré de nombreuses et minutieuses recherches je n'ai pu trouver à ce sujet aucune donnée scientifique dans les traités d'ophthalmologie que j'ai consultés; c'est à l'annonce d'un charlatan que je dois d'avoir été mis sur la voie.

Un allemand, nommé Schlesinger, vint à Bruxelles en 1838, et publia avec fracas qu'il guérissait « les faiblesses de la vue, les vues défectueuses, le strabisme, la cataracte, l'amaurose, etc., au moyen de verres de *son invention.* » Tous les malades, et ils furent nombreux, qui se présentèrent à Schlesinger, furent soumis à l'usage de *ses verres :* j'habitais Mariembourg à cette époque; il m'a donc été impossible de suivre les cures de ce charlatan. Mais j'ai traité, depuis que je suis fixé à Bruxelles, plusieurs personnes qui s'étaient confiées à ses soins, et que j'avais vues antérieurement, et j'ai constaté qu'il avait opéré plusieurs guérisons par la méthode qu'il employait.

Ainsi, une demoiselle, que je soigne encore en ce moment, et qu'ont vue chez moi MM. les docteurs Delhaye, Thevissen, Rucloux, avait presque entièrement perdu la faculté de voir par suite d'une occlusion pour ainsi dire complète des pupilles, résultat d'une irido-périphakite. L'exercice avec des verres a amélioré l'état de l'œil gauche à ce point qu'après six semaines la malade lisait avec un n° 18 et se conduisait parfaitement.

M. B. était en traitement depuis six mois pour une amaurose asthénique, suite d'excès de masturbation; il ne pouvait plus déchiffrer que le gros caractère d'affiches; il ne sortait plus qu'avec un guide. Bien qu'il eût abandonné sa funeste habitude, la perte de la vue avait résisté à tous les moyens employés; en quinze jours Schlesinger lui fit lire du petit romain avec le n° 24; il jouit en ce moment d'une excellente vue.

Des pannus celluleux, des néphélions, des hyperkératoses, ont aussi, à ma connaissance, été guéris par cette méthode.

Schlesinger a obtenu quelques bons résultats incontestables. Mais on peut aussi l'accuser d'avoir fait bien du mal en prescrivant l'usage de lunettes à des personnes atteintes de congestions encéphalo-oculaires, de photophobie habituelle, etc. Ces malades ont vu leur état s'empirer; force a été alors de recourir à la médecine qui n'a pas toujours réussi à détruire le mal qui venait d'être produit.

Les verres employés par Schlesinger étaient plano-convexes.

Il commençait par déterminer la portée du foyer visuel.

Il avait affaire à un amaurotique, par exemple. Ce malade réussissait encore à déchiffrer le double canon à trois pouces de distance. Des verres de 3 1/4 pouces lui étaient remis, et il devait, les yeux armés de ces lunettes, s'exercer à la lecture une partie de la journée. — Une fois que la fatigue survenait, l'exercice devait être suspendu.

Dès que le malade était parvenu à distinguer nettement les lettres, il prenait des verres de 8 1/2 pouces. La convexité était ainsi diminuée de quart de pouce en quart de pouce jusqu'au n° 5; c'est par demi-pouce que la décroissance avait lieu alors jusqu'au n° 9, où elle commençait par pouce, et à partir du n° 12, par deux pouces, jusqu'au n° 24 ou 36 dont l'usage devait être continué pendant longtemps.

Schlesinger tenait la même conduite dans le pannus celluleux, dans l'hyperkératose, dans l'irido-capsulite chronique.

Dans les affections où la sensibilité rétinienne était augmentée, il débutait par l'exercice au moyen de verres dont le foyer était de plus de 80 pouces; il en augmentait la force à mesure que les yeux se faisaient à cette gymnastique.

Tel est, Monsieur et illustre maître, le SECRET de Schlesinger, tel est le secret du charlatan Wiesecké, dont la France vient d'être débarrassée.

La relation suivante de quelques cas dans lesquels j'ai usé du moyen qu'ils mettent en usage, offre des enseignements utiles.

OBS. I. — Madame la Baronne de R..., femme du célèbre littérateur de ce nom, souffrant habituellement de constipation, mais d'ailleurs bien portante, s'est aperçue il y a quinze ans que sa vue baissait du côté gauche. Elle a été traitée dès le début par M. Baud, professeur à la Faculté de Louvain; les moyens employés sont demeurés sans résultat. Depuis huit ans, Madame de R. pouvait à peine distinguer, de l'œil malade, les lettres du titre des journaux L'INDÉPENDANT, LE MONITEUR; elle ne pouvait plus reconnaître l'heure à la pendule, si ce n'est en portant la figure à 1 ou 2 pouces des aiguilles. Elle ne voyait ni les traits ni la forme d'une personne placée à 1 ou 2 pieds devant elle. Jamais il n'y a eu ni myodésopsie, ni photopsie.

Madame de R... est arrivée à la quarantaine et n'a jamais souffert de maux de tête; elle a eu deux couches très-difficiles, mais sans suites fâcheuses. La constipation est le seul mal dont elle se soit jamais plaint. De la lourdeur de tête se manifeste lorsqu'il y a absence de selles depuis plusieurs jours; Madame de R... se purge alors avec un remède qui lui est familier (de la compotte de pommes et du pain d'épices.) La menstruation est régulière, et toujours abondante; jamais elle n'a été troublée.

L'apparition de mouches volantes du côté droit, a effrayé, et m'a fait appeler. La vue est bonne de ce côté; la lecture n'est devenue fatigante que depuis quelques jours.

Tel est l'état dans lequel j'ai trouvé la malade, il y aura bientôt un an. Les pupilles étaient modérément contractées; l'œil droit étant couvert, celle du côté gauche se dilatait parfois très-fortement et ne réagissait pas à la lumière la plus intense. La coloration du fond de l'œil était de ce gris-verdâtre que l'on remarque dans les amauroses anciennes.

Quelques applications de sangsues à l'anus, l'administration de l'émétique, de l'aloës, combinées avec les pédiluves irritants, les révulsifs cutanés, les onctions mercurielles belladonées, firent cesser la constipation et la con-

gestion encéphalo-oculaire; dès lors les mouches volantes disparurent du côté droit.

La vue de l'œil gauche restait la même. J'essayai, mais sans le moindre effet, de la strychnine.

Je résolus enfin de recourir à l'emploi des verres.

Avec un verre du n° 3, Madame de R..., reconnaissait, bien qu'avec difficulté, toutes les lettres du caractère double canon. Après quelques minutes d'exercice survenait une espèce d'éblouissement; l'œil devenait larmoyant; une sorte de voile, s'épaississant de plus en plus, d'abord gris, puis noirâtre, venait dérober à l'œil les caractères. De la tension, de la douleur même, se manifestait dans la région frontale. La malade se trouvait alors forcée d'interrompre l'exercice; elle s'appliquait sur le front et les yeux une compresse imbibée d'eau froide et presque aussitôt elle se trouvait en état de le reprendre.

La lecture eut lieu dès le second jour avec un verre n° 3 1/2; elle put être continuée sept fois durant huit ou dix minutes avant que la fatigue survînt. Il fut laissé au moins une heure d'intervalle entre chaque exercice. — Les lettres étaient facilement reconnues dès le soir, à 3 pouces de distance.

Le troisième jour, Madame de R... lisait, le matin avec le n° 4, le soir avec le n° 4 1/2, du caractère cicero.

Je donnai, le quatrième jour, un verre n° 5 1/2; l'exercice put être poussé jusqu'à 16 minutes chaque fois. La lecture du cicero resta impossible, à l'œil nu, jusqu'au dixième jour, alors que déjà j'employais le n° 10, après avoir donné successivement les

N° 3	un jour	(5 exercices	de	2 à	4	minutes)
» 3 1/2	id.	(7	id.	de	8 à 10	id.	)
» 4	un demi-jour	(3	id.	de	10 à 15	id.	)
» 4 1/2	id.	(5	id.	de	15	id.	)
» 5 1/2	un jour	(6	id.	de	16	id.	)
» 6	deux jours	(13	id.	de	15	id.	)
» 6 1/2	un jour	(6	id.	de	15	id.	)
» 7	id.	(6	id.	de	15	id.	)
» 8	id.	(7	id.	de	15	id.	)

L'exercice put être continué, le soir du dixième jour, pendant vingt-deux minutes.

Madame de R... voyait l'heure à la pendule à 75 centimètres, elle reconnaissait les personnes à une distance double.

Les verres qui furent donnés ensuite furent ceux des numéros suivants:

11e	jour du traitement,	n°	11
12e	»	»	12
13e	»	»	14
14e	»	»	16
15e	»	»	18
16e	»	»	22
17e	»	»	24

Pendant tous ces jours, l'exercice put durer de 20 à 40 minutes. Le petit texte et même la mignonne pouvaient être lus sans difficulté. La lecture à

l'œil nu n'était possible que pour le cicéro ; mais elle pouvait avoir lieu maintenant à 8 et 10 pouces de distance.

Madame de R... n'a cessé de faire usage du n° 24 qu'après deux mois ; les aloëtiques ont aussi été continués ; la vue de l'œil gauche était alors devenue aussi bonne que celle du côté droit, mais seulement pour la lecture à 12 et 14 pouces, ainsi que pour les gros objets placés à moins de 10 à 15 mètres.

Le rétablissement de la fonction visuelle est resté parfait jusqu'à ce jour. Je me borne à conseiller à Madame de R..., l'usage de légers purgatifs, à des intervalles rapprochés.

Je vous ai rapporté ce fait avec quelques détails, parce qu'il a fait assez de bruit dans quelques cercles de Bruxelles, et que l'état de la malade, au moment où j'ai entrepris le traitement, est connu d'un de nos médecins le plus en renom, de M. Baud. Les cas suivants, que je vous dirai fort brièvement, sont aussi remarquables :

Obs. II. — M. Morel, professeur à l'Université libre de Bruxelles, m'a appelé en consultation, l'an dernier, pour Mademoiselle St..., de Bruxelles, qui s'était aperçue quelques jours auparavant qu'elle n'y voyait plus de l'œil droit. Il nous fut impossible de préciser la cause de cette anesthésie rétinienne, qui existait probablement depuis fort longtemps sans que la malade s'en fût aperçue.

Après avoir mis en usage, sans la moindre apparence de succès, divers moyens énergiques, je proposai l'emploi des verres. — M. Morel voulut bien consentir à me laisser employer ce moyen. — Mademoiselle St.., ne pouvait reconnaître les lettres du plus gros caractère. L'exercice sur du double canon, avec un n° 2 1/2, fut infructueux pendant deux jours ; son seul résultat fut de produire un peu de céphalalgie après chaque séance. Les applications froides sur le front la firent cesser chaque fois.

Nous eûmes infiniment de mal à déterminer Mademoiselle St... à continuer ce traitement ; elle consentit enfin à essayer un n° 2 1/4. — Elle put, au troisième exercice, distinguer plusieurs lettres ; au cinquième elle les reconnaissait toutes : seulement elle confondait les *e* avec les *c*, ou les *o*, les *a*, avec les *d*, les *m* avec les *n*, les *h*. — Le lendemain, les mêmes lettres étaient reconnues à une distance de deux pouces, et à l'œil nu, et à 3 pouces avec le n° 3. — Ce dernier numéro fut laissé ; le n° 5 lui fut substitué le lendemain. — Dès lors l'exercice eut lieu à l'œil nu.

Après seize jours, la vue de l'œil malade était parfaite ; elle est demeurée excellente depuis.

Obs. III. — Une artiste dramatique de premier ordre, Mademoiselle Luigia M..., avait perdu la vue par suite d'une amaurose chlorotique. Elle avait été traitée à Paris par M. Sichel, et à Bruxelles par M. Seutin, lorsque je fus appelé à lui donner des soins conjointement avec M. Vottem, professeur à l'Université de Liége. Un traitement convenable avait fait cesser l'affection chlorotique, et ramené la vue de l'œil gauche ; à droite l'abolition de la fonction visuelle avait persisté, malgré les moyens mis en usage tant par M. Vottem et par moi, que par M. Hendriksz, pendant le séjour qu'elle venait de faire à La Haye et à Amsterdam. — Un mois d'exercice au moyen des verres, en commençant par le n° 2 1/2, à l'aide duquel elle reconnaissait d'abord çà et

là quelques lettres de double canon, a suffi pour réveiller la fonction visuelle. — Elle suivait ce traitement depuis cinq semaines, lorsque, se rendant à Strasbourg, je l'ai adressée à mon savant confrère et ami, M. le professeur Stœber, qui a pu se convaincre de la réalité de la cure. Elle faisait alors usage du n° 24, avec lequel elle lisait le plus petit caractère.

Mademoiselle M..., est aujourd'hui prima-dona du théâtre de Turin ; sa vue demeure parfaite.

Je pourrais, Monsieur et illustre maître, vous donner l'historique de huit ou dix autres cas, dans lesquels j'ai ainsi obtenu la guérison. Je pourrais aussi vous citer quelques cures, non moins remarquables, entre autres celle de la femme d'un capitaine du 2e de ligne, Monsieur Con..., obtenues par mon ami, le docteur Stiévenart, de Mons. Je passe sous silence les nombreux cas d'anesthésie rétinienne, suite ou cause de strabisme, que j'ai guéris. Les trois observations que je viens de rapporter suffisent pour démontrer les bons effets que l'on peut retirer, dans le traitement de l'amaurose, réduite à l'état de simple anesthésie de la fonction visuelle,—c'est là ce qu'il ne faut point oublier,—de l'influence de la lumière dirigée sur la rétine ; ils fournissent la confirmation des idées que vous vous étiez formées *à priori*, sur les résultats qu'il serait possible d'en retirer dans les amauroses asthéniques.

Dans une prochaine lettre, je vous dirai ce que l'observation m'a appris au sujet des écueils à éviter dans l'emploi de cette méthode ; je vous parlerai en même temps des résultats que j'en ai obtenus dans le traitement de la myopie et de la presbyopie, affections dans lesquelles j'ai également mis en usage, depuis quelque temps, le myopodiorthotikon de M. Berthold.

Adieu, Monsieur et cher maître ; recevez ici la nouvelle expression de ma reconnaissance pour l'instruction que j'ai puisée à vos leçons, pour les bontés, les prévenances que vous avez bien voulu avoir pour moi lors de mon séjour à Montpellier. Conservez-moi toujours votre bonne amitié.

Bruxelles, le 26 mai 1842. FLORENT CUNIER.

Le portrait de notre collaborateur, VAN ONSENOORT, *décédé à Utrecht le* 26 *décembre dernier, est joint à la livraison de ce mois. Nous publierons, dans notre prochain numéro, une notice sur la vie et les écrits du savant ophthalmologue hollandais.*

ANNALES

D'OCULISTIQUE.

Tome VII. — 3e livraison. — Juin 1842.

DE L'OPHTHALMIE GRANULEUSE DANS UNE CONTRÉE OU N'A JAMAIS EXISTÉ LA BLÉPHAROPHTHALMIE CATARRHALE DES ARMÉES ;

Par le docteur A. Guépin.

Depuis la publication des beaux travaux des médecins belges sur les granulations conjonctivales et la blépharophthalmie catarrhale des armées, la science semble complète. Il est cependant une partie de la question qui n'a pas été assez étudiée. L'on n'a pas jusqu'à ce jour assez fait connaître la nature de l'ophthalmie granuleuse là où l'on ne peut signaler le passage de l'ophthalmie égyptienne, dite ophthalmie catarrhale des armées. Nous allons nous efforcer de remplir cette lacune pour une partie de l'Ouest de la France et surtout pour le département de la Loire-Inférieure.

Nous diviserons cette étude en six chapitres, correspondant chacun à une série de granulés. Avant d'entrer en matière, nous dirons que nous allons surtout parler des granulations rétro-tarsiennes et principalement de celles qui occupent le pli oculo-palpébral.

I.

M. Rapin, marchand ferblantier, rue Voltaire, malade depuis huit jours, présente à la partie inférieure de la conjonctive oculaire et parallèlement au tarse, une bande de granulations large de 1 millimètre, ayant pour longueur la distance des deux angles des yeux ; il y a en outre du larmoiement, mais rien de plus. Cette bande granuleuse est formée par la turgescence des vaisseaux

sanguins qui sont fortement engorgés ; leurs zig-zag se dessinent peu, parce qu'il y a aussi une sorte d'infiltration de la muqueuse.

Nous prescrivons 10 à 15 lotions par jour avec un collyre très-légèrement astringent, puis en outre :

1er jour, cautérisation très-légère de la bande granulée avec une pommade au nitrate d'argent.

2e, 3e et 4e, emploi d'un collyre gras à l'oxyde rouge de mercure interposé une fois le jour entre les paupières.

Guérison le cinquième jour.

La Macé, revendeuse, près Ste.-Croix, à Nantes, se présente à notre examen le deuxième jour de sa maladie.—Bande granuleuse comme ci-dessus, mais moins prononcée. Conjonctive oculaire injectée fortement, turgescence et rougeur prononcée de quelques points dans lesquels à la loupe on voit se dessiner les vaisseaux sanguins.

Trois applications de collyre gras à l'oxyde rouge employées après une cautérisation légère de la bande granuleuse font justice de cette inflammation.

Un jeune homme de Lannion, domestique chez M. Chaper, préfet de la Loire-Inférieure, présente le même cas; même traitement, même résultat.

Madame Perrodeau, place Bretagne, malade de huit jours, présente une bande rétro-tarsienne granuleuse et de plus les conjonctives palpébrales sont très-malades. — Pour tout traitement j'introduis pendant quatre jours entre les paupières un collyre gras contenant du calomel, du camphre et de l'oxyde rouge. Le cinquième jour la guérison est complète.

II.

L'un de mes confrères, le docteur G., me prie de voir sa fille atteinte d'une ophthalmie rebelle. Je l'examine et je trouve de très-petites tumeurs granuleuses à l'œil droit, entre la paupière et le globe oculaire. Je les ai combattues par la cautérisation avec le nitrate d'argent et l'emploi ultérieur de l'oxyde rouge de mercure, mais la cautérisation a dû être plus forte que précédemment et répétée au moins cinq fois.

Madame Archambaut, rue Crébillon, soignée depuis très-longtemps sans succès pour une ophthalmie rebelle, vient me trouver à la fin de février 1842.

Il y a chez elle une légère photophobie, conjonctivite oculaire, mais peu forte. Celle des paupières est plus prononcée; — il n'y a pas de granulations à la paupière supérieure, mais il existe à l'inférieure un bourrelet granulé de 4 à 5 millimètres de large. En renversant la paupière inférieure ce bourrelet forme une saillie très-prononcée.

A six reprises différentes j'ai dû cautériser légèrement ce bourrelet dans toute son étendue. Plusieurs fois dans l'intervalle des cautérisations, j'ai cru bon d'employer une fois par jour une application d'un collyre huileux contenant du camphre, du calomel et de l'oxyde rouge de mercure. La guérison a demandé six semaines.

La femme Préobert, portière, Cours Henri IV, présentait le même bourrelet que madame Archambaut, et de plus, deux petites vésicules aux extrémités du diamètre horizontal de la cornée. — J'ai cautérisé le premier jour avec le nitrate d'argent et depuis j'ai employé une pommade au sulfate de cuivre. Le traitement a duré dix jours. — Je soigne encore cette femme, mais pour une surdité qui date de sept ans. Son œil malade est bien. — Nous craindrions d'abuser de la patience de nos lecteurs en multipliant les observations de cette espèce. Nous arrivons à une troisième série.

III.

Tous les malades dont il va être question dans ce chapitre, ont eu des écoulements séro-purulents comme complication de leur ophthalmie granuleuse :

La petite David, demeurant au pavillon en Orvault, présente des granulations rétro-tarsiennes à la paupière inférieure. Il m'a été impossible d'examiner la supérieure; il y a de plus une sécrétion très-abondante d'un liquide séro-purulent.

J'emploie quatre fois le nitrate d'argent, soit directement soit en pommade, puis une pommade au sulfate de cuivre, puis une autre moins active avec le calomel, le camphre et un peu d'oxyde rouge; en 25 jours la malade est guérie.

Chez la petite Porchet, rue du port Maillard, le mal est identique; même traitement; guérison en un mois et demi.

Chez un autre enfant présentant les mêmes symptômes, j'ai cru utile, à cause de sa constitution lymphatique, d'employer chaque jour à l'intérieur le proto-iodure de fer à la dose de 1 décigramme.

— L'œil a subi à peu de chose près le même traitement que ci-dessus; la guérison ne s'est pas fait attendre.

Ces trois malades couchaient dans des chambres où l'air n'était pas renouvelé, où il était vicié par la respiration de plusieurs personnes et où la lumière ne pénètre jamais.

Nous avons rencontré parfois la séro-purulence avec la chlorose. En voici un exemple : une jeune fille mal réglée et chlorotique était dans la position des trois enfants dont il vient d'être question ; il n'y avait de granulations qu'en arrière de la paupière inférieure ; nous lui avons fait subir le même traitement qu'à ces trois enfants, et de plus nous lui avons administré chaque jour le bol suivant en deux doses :

Ethiops martial. . . .	2 décigrammes.
Proto-iodure de fer. . .	1 décigramme.
Poudre de safran. . }	
— de cannelle. . }	ana, 5 centigrammes.
Magnésie. . . . . }	
Extrait d'absinthe. Q. S. — M. D.	

La guérison a devancé mes espérances ; en quinze jours elle a été complète.

Madame Hamon nous est adressée par M. le docteur Devin, son frère. Son œil gauche est atteint d'une ophthalmie séro-purulente. Il existe une ulcération dans la jonction de la cornée à la sclérotique ; elle est placée sur le diamètre horizontal de l'œil. Quelques petites ulcérations parsèment la conjonctive depuis ce point jusqu'à l'angle externe. La paupière inférieure renversée montre un bourrelet granuleux recouvert d'une sérosité purulente. Les granulations sont surtout prononcées à l'angle externe. Le reste de l'œil est sain. — La santé générale, quoique assez bonne habituellement, laisse cependant à désirer.

Même traitement général que ci-dessus ; quant au traitement local, après avoir cautérisé une à une toutes les ulcérations avec un crayon de nitrate d'argent très-pointu, employé le plus légèrement possible, nous touchâmes les granulations. Nous avons employé depuis une pommade faite avec l'acétate et le carbonate de plomb, et nous sommes revenu aux cautérisations, soit directes, soit avec une pommade au nitrate d'argent, chaque fois que nous l'avons jugé convenable. Le traitement a duré un mois et demi. Madame Hamon a été atteinte il y a plusieurs années de la même affection ; son traitement avait duré près de quinze mois.

Voici maintenant des exemples d'affections granuleuses séro-purulentes greffées sur des ophthalmies lymphatiques.

Mlle D..., rue Rasière, à Nantes, âgée de 26 ans, d'une constitution éminemment lymphatique, était atteinte d'ophthalmie granuleuse à l'œil droit depuis près d'un an, lorsque nous la vîmes pour la première fois. —Voici quelle était sa situation :

Bourrelet granuleux dans la jonction de la conjonctive oculaire à la conjonctive palpébrale supérieure. Ce bourrelet, placé du côté externe, avait six millimètres de long; — autres granulations dans l'angle interne et derrière le tarse de la paupière inférieure; deux points de la sclérotique étaient ramollis, acuminés et annonçaient des staphylômes; autour de ces points, inflammation très-prononcée de la conjonctive; enfin sécrétion séro-purulente.

Nous avons employé la cautérisation simple sur les points menacés de staphylôme, puis l'excision des granulations, puis plus tard l'excision des vaisseaux se rendant aux points staphylômateux, et enfin une pommade très-légère au nitrate d'argent qui a mal réussi et que nous avons remplacée par une pommade avec le sulfate de zinc et l'oxyde rouge. — Pendant tout le traitement lotions fréquentes, comme moyen hygiénique, avec un collyre très-légèrement astringent. A l'intérieur les bols ci-dessus.

Mlle D.. ne pouvait ni lire ni supporter la lumière; sous l'in-l'influence de ce traitement, elle est arrivée à sortir au soleil et à lire, mais l'œil est encore très-irritable; le traitement a duré trois mois. La sécrétion séro-purulente était heureusement peu de chose, sans cela, malgré tous nos efforts, Mlle D... eut peut-être perdu l'œil.

Madame Ménard de Clipon et deux de ses filles me sont adressées par le docteur Bureau-Rabelsière. — Ces femmes sont lymphatiques, plus même que lymphatiques, quoique brunes et assez robustes, et leurs ophthalmies présentent à la fois des granulations et les symptômes habituels de l'ophthalmie scrofuleuse. La maladie date de plusieurs années.

Nous avions ici des granulations aux paupières supérieures, d'autres plus prononcées aux paupières inférieures et en arrière du tarse, des ulcérations aux cornées, et de plus un écoulement séro-purulent.

La guérison a été prompte chez l'une des filles, mais le traitement a duré trois mois chez la mère et la fille aînée, encore dois-je ajouter qu'il y a eu rechute peu grave chez la fille aînée et que

chez la mère le mal n'a été guéri qu'incomplétement, bien que la vue ait été conservée.

Voici le traitement qu'il suffit d'indiquer :

Excisions de quelques granulations.

Cautérisations avec le nitrate d'argent, d'abord avec le crayon, ensuite avec une pommade, plus tard collyre sec et pommade au sulfate de cuivre et au sulfate de morphine.

Plus tard pommade avec le calomel, le camphre et l'oxyde rouge.

Nous avons employé en outre, au début, des frictions mercurielles belladonées sur le front pour combattre la photophobie, puis à l'intérieur la décoction de feuilles de noyer deux fois le jour et les bols ferrugineux ci-dessus.

Désireux d'observer tous les cas d'ophthalmie purulente qui se présenteraient à la caserne, nous priâmes en 1840 un de nos parents, M. A. De Lavergue, capitaine au 72ᵉ, de nous les faire adresser à notre dispensaire.

Tant que le régiment se trouva caserné près des cours, nous ne vîmes aucun malade, mais sitôt que l'un des bataillons se trouva dans l'ancien batiment de la Sécherie, nous reçûmes à notre visite un granulé. Son ophthalmie débutait; elle était séro-purulente, sans vice vénérien. Les granulations n'étaient ni anciennes ni développées.—Le repos, des applications astringentes sur l'œil, une pommade au nitrate d'argent pendant trois jours, une pommade avec le calomel, le camphre et l'oxyde rouge pendant huit autres, des ventouses sèches sur le cou amenèrent une prompte guérison.

Nous avons soigné trois ophthalmies purulentes non-vénériennes, depuis trois ans, parmi les soldats de la garnison; toutes les trois se sont présentées à la caserne de la Sécherie qui est très-mal disposée sous le rapport des ouvertures et dans laquelle il y avait alors encombrement; jamais nous n'en avons vu dans les autres casernes, jamais nous n'en avons vu chez 550 personnes appartenant au service des douanes que nous sommes spécialement chargé de soigner.

Nous avons profité de notre position de médecin dans un port de mer pour étudier chez d'anciens marins les effets de l'ophthalmie purulente de la côte d'Afrique. Tous ceux que notre mémoire nous rappelle étaient borgnes, à l'exception d'un seul qui avait perdu les deux yeux. L'atrophie du globe de l'œil, la perte de transparence de la cornée, l'union de la paupière inférieure avec le globe oculaire, des hernies de l'iris, voilà les accidents que nous avons constatés, mais jamais à notre connaissance l'ophthal-

mie purulente d'Afrique n'a été importée à Nantes par aucun navire, même pas ceux qui en arrivaient directement.

Voici un exemple d'ophthalmie purulente grave non-vénérienne, produite par une cause externe.

M. Jumautier, écarrisseur à Nantes, présentait à la paupière inférieure des deux yeux une légère inflammation ; de plus il y avait chez lui, comme chez les malades de notre première série, une bande granuleuse sur la partie la plus inférieure du globe oculaire. Se croyant guéri au bout de quelques jours de traitement, il va à son établissement. Là il est incommodé par les vapeurs sortant d'une chaudière dans laquelle on faisait cuire quatre à cinq chevaux sous la pression de deux atmosphères. De retour chez lui il sent que son mal s'aggrave ; la nuit est mauvaise ; nous arrivons à midi et déjà la sécrétion purulente était abondante ; aussitôt nous cautérisons toute la partie malade avec le nitrate d'argent, la douleur devient des plus vives et dure trois à quatre heures, après quoi un mieux sensible se manifeste.

M. Jumautier se sert alors en lotions d'un collyre au sulfate de cuivre et de morphine très-étendu d'eau ; le lendemain l'amélioration est extraordinaire au dire du malade ; le troisième jour il se trouve guéri. Ajoutons pour cette série comme pour les deux premières qu'examinées à la loupe toutes les parties granuleuses des divers malades dont nous venons de parler ont présenté une forte injection des vaisseaux et de plus une infiltration albumineuse du tissu malade, — infiltration qui diffère de l'œdème par une bien plus grande densité du liquide.

Depuis que cette observation a été écrite nous avons eu occasion de voir une douzaine d'ophthalmies purulentes assez graves dans le quartier de Nantes habité par M. Jumautier ; toutes présentaient l'aspect de la blépharophthalmie purulente produite par le vice vénérien, mais toutes ont cédé très-promptement à l'emploi du nitrate d'argent en pommade ; nous avons eu deux exemples de contagion de cette maladie.

IV.

Nous avons rencontré assez fréquemment des ophthalmies vénériennes avec granulations et sans écoulement purulent.

L'un de nos confrères nous adresse une femme, demeurant à Nantes sur les ponts, dont le mari était vénérien. Chez cette femme

l'œil gauche est malade, il n'y a point de purulence, mais iritis avec ulcération de la cornée à bords coupés à pic.

Des cautérisations suivies de l'emploi d'huile entre les paupières pour diminuer les douleurs, des frictions mercurielles belladonées sur la tempe et le front, plus tard une pommade avec l'oxyde rouge et le calomel. Depuis le commencement jusqu'à la fin du traitement, dix lotions par jour avec une solution très-étendue de sulfate de cuivre et de sulfate de morphine ont guéri en moins de deux mois cette redoutable affection.

Voici deux autres exemples d'ophthalmie vénérienne avec granulations, mais sans purulence; plusieurs de mes confrères, parmi lesquels les docteurs Bacca et Moriceau, les ont vues dans notre cabinet.

M. N., ayant eu des chancres et des bubons, se croyait guéri lorsqu'il est pris de douleurs atroces dans l'œil. Il nous vient avec de la photophobie, un bourrelet granuleux entre l'œil et le tarse, une grande turgescence des vaisseaux qui se distribuent sur le globe de l'œil, une forte injection de ces vaisseaux, une pupille difforme présentant un petit cercle iridien elliptique et bordé d'une sorte de liseré d'un rouge cuivré. Nous supposons que l'ophthalmie est vénérienne et notre hypothèse se trouve aussitôt vérifiée par les réponses du malade. Un seul œil était pris, mais il existait une atroce douleur hémicrânienne.

Nous appliquâmes immédiatement sur le cou une ventouse fortement scarifiée. Le soir potion opiacée en se mettant au lit, puis en outre introduction dans l'œil d'une pommade contenant de l'oxyde rouge et de l'extrait de belladone, frictions mercurielles belladonées deux fois le jour sur la tempe et sur le front. — L'effet de la ventouse fut immédiat, les douleurs devinrent supportables; une seule cautérisation des granulations a été nécessaire; le traitement a duré quinze jours.

Dans le second cas il y avait blennorrhagie urétrale et des pustules cuivrées sur le front indiquaient avant tout examen la nature du mal. Les deux yeux ont été pris, mais moins violemment que chez le malade ci-dessus; cependant la pupille a été plus obscurcie. Nous avons employé les mêmes moyens que dans le cas précédent et de plus à l'intérieur l'iodure de potassium à la dose de 1/2 gramme par jour pendant un mois. Il a fallu aussi à chaque œil plusieurs cautérisations des granulations. Le traitement entier a duré un mois et demi.

L'année dernière et les années précédentes nous avons eu d'autres cas de ce genre, mais quelques-uns sans la moindre complication d'iritis.

V.

L'ophthalmie granuleuse simulant l'ophthalmie vénérienne sans purulence, est assez rare ici; cependant chaque année nous en voyons quelques cas. Dans cette maladie il se produit constamment un chémosis partiel de la muqueuse oculaire. Le plus souvent ce chémosis est situé à la partie inférieure et commence par l'angle externe. Quoique considérable dès les premiers jours du mal, ce boursoufflement, qui est parfois gros comme un doigt, ne produit qu'au bout de quelques jours d'existence du trouble de la vision, de la photophobie et des douleurs sus-orbitaires ou sus-auriculaires du côté malade.

Nous n'avons jamais vu cette affection attaquer à la fois les deux yeux, mais nous l'avons vue se reproduire dans le second œil après guérison de l'autre. Généralement il se forme au-dessous du chémosis un bourrelet très-dur donnant au toucher la sensation d'un corps squirrheux. — Il arrive parfois que le chémosis est assez considérable pour recouvrir et cacher entièrement ou presque entièrement la paupière inférieure.—Si le chémosis est récent, il présente à la loupe l'aspect d'un corps squirrheux, mais la substance contenue dans les aréoles distendues de son tissu s'échappe sous la pression, ce qui n'a pas lieu pour le squirrhe, et se délaie dans l'eau. Au bout de quelques jours de macération, la muqueuse qui formait le chémosis excisé, revient presque entièrement à l'état naturel. Il n'en est pas ainsi lorsque le chémosis est plus ancien, alors il crie sous l'instrument qui le divise, alors il présente tout à fait, et à l'œil et à la loupe, l'aspect du squirrhe. Il n'est plus possible ni de déloger l'espèce d'albumine coagulée qui remplit les aréoles du tissu, ni de la faire sortir par la pression. La macération ne ramène point la muqueuse à son état naturel ou presque naturel. — Autre fait plus important encore : dans les premiers jours de la formation du chémosis, son excision est suivie d'une sécrétion membraniforme sous laquelle se produit une cicatrice que l'on peut appeler cicatrice par première intention. Si le chémosis est ancien, l'on ne peut obtenir de guérison complète sans suppuration. Nous avons remarqué encore que le bourrelet dur et comme squirrheux dont il a été question plus haut

n'existe point au début du mal. Parfois aussi dans cette affection nous avons vu la membrane clignotante prendre un énorme accroissement.

M. De la Cholettierre se présente à notre visite avec un chémosis de la grosseur du petit doigt datant de quarante-huit heures et allant de l'angle externe à l'angle interne. La paupière inférieure est déjetée en dehors, mais non recouverte. Il y a des douleurs sus-orbitaires mais rien de plus. — Nous excisons le chémosis, nous couvrons l'œil avec des compresses trempées dans une solution résolutive et tout va bien. — Le troisième jour nécessité de cautériser quelques points rétro-tarsiens; le cinquième, nouvelle cautérisation suivie d'une guérison complète.

Le chémosis enlevé a un aspect qui tient le milieu entre l'œdème et le squirrhe. Il perd par l'eau et la pression presque tout son volume. Au bout de quatre jours de macération la muqueuse est revenue à son état naturel.

Un négociant de Nantes, M. Robert, a présenté successivement aux deux yeux un chémosis d'un mince volume accompagné de blépharite chronique et de granulations, mais la membrane clignotante est devenue si large que nous avons jugé prudent de l'exciser. Le malade s'est très-bien trouvé de cette petite opération.

M. Bily, instituteur à Blain, nous est adressé par le maire de cette ville : chémosis recouvrant la paupière inférieure en grande partie, photophobie, douleurs sus-orbitaires, voilà son état.

Nous excisons le chémosis et nous cautérisons largement un bourrelet rétro-tarsien très-dur au toucher. Le lendemain pansement avec du calomel en poudre suivi de l'emploi de quelques gouttes d'huile pour diminuer la douleur. — Pressé par ses affaires, et se trouvant mieux, le malade part malgré nos avis. Quinze jours plus tard il est obligé de nous revenir. Il y a comme la première fois chémosis, photophobie et surtout douleurs hémicrâniennes. La paupière inférieure est presque entièrement recouverte. Le chémosis est dur.

Excision suivie de cautérisation et d'emploi du calomel en poudre entre la paupière inférieure et le globe de l'œil. — Un état séro-purulent se manifeste bientôt. Le quinzième jour le malade était guéri. Le chémosis excisé avait à la loupe l'aspect du squirrhe et s'est comporté sensiblement comme le squirrhe sous l'influence des lavages, de la pression, et de la macération.

Nous trouvons dans nos notes de cette année un cas identique, à cela près que le chémosis soulevait et distendait la paupière supérieure. C'était chez un horloger de Nantes, M. Pesche. Les mêmes moyens ont été employés, mais avec moins de succès ; il a fallu revenir cinq fois aux excisions qui n'ont jamais pu être faites aussi complétement que nous l'eussions voulu. Le traitement a duré près de deux mois avant que la guérison fût complète. Une sécrétion purulente a précédé le retour à la santé.

VI.

Nous nous obtiendrons de présenter ici des observations de blennorrhée oculaire vénérienne. A Nantes, comme partout, cette affection, surtout lorsque le malade ne se fait pas soigner dès le début, se complique des symptômes les plus graves et met trop souvent en défaut toutes les ressources de la thérapeutique.

—

Tels sont les faits qui nous ont frappé dans l'examen des affections granuleuses de nos contrées. Nous sommes loin de vouloir, par ce qui précède, appuyer ou infirmer en rien les opinions des médecins belges qui ont si bien étudié la blépharophthalmie catharrale des armées. — Placé dans une autre localité et dans d'autres conditions d'étude, nous avons raconté naïvement, telles que nous les avons vues, les ophthalmies granuleuses qui nous ont passé sous les yeux. Notre travail isolé n'est rien, mais réuni à d'autres études semblables, il pourra servir à éclaircir quelques points douteux d'oculistique.

Nous eussions pu multiplier les observations ; nous croyons plus utile de résumer brièvement les conséquences à déduire des faits qui nous ont passé sous les yeux en quelques propositions, déductions logiques de leurs prémisses.

L'ophthalmie avec bande granuleuse rétro-tarsienne allant d'un angle de l'œil à l'autre, cède toujours avec facilité quand elle est récente.

Quand elle est plus ancienne le traitement est le même, mais plus long ; il faut encore recourir au nitrate d'argent et à l'oxide rouge.

Nous avons vu bon nombre d'ophthalmies purulentes des nouveau-nés depuis dix ans et nous avons toujours guéri sans peine celles qui n'étaient pas vénériennes.

Nous avons remarqué assez souvent l'ophthalmie purulente chez des enfants, habitant des lieux peu éclairés, peu aérés et vivant au milieu d'une atmosphère appauvrie d'oxygène et viciée dans sa composition par suite d'encombrement.

Nous avons vu l'ophthalmie purulente compliquer quelquefois, quoique rarement, l'ophthalmie scrofuleuse.

Nous l'avons vue se présenter trois fois à Nantes dans la même caserne et chaque fois de manière à coïncider avec l'encombrement.

Nous avons pu vérifier qu'aucun marin, revenant de la côte d'Afrique, n'avait introduit à Nantes la blépharophthalmie contagieuse et nous avons constaté chez ceux qui en avaient été atteints en voyage les accidents les plus graves.

L'espèce d'épidémie d'ophthalmie purulente qui s'est montrée à Nantes depuis quinze jours environ chez une vingtaine de personnes s'est développée dans un quartier bas et humide, celui des ponts, chez des pêcheurs, des marins et généralement chez des personnes exposées aux variations brusques de l'atmosphère sous l'influence d'un vent d'Est très-froid, suivi de journées très-chaudes. — Les hommes ont été plus violemment atteints que leurs femmes, les femmes que leurs enfants, ce qui prouve que la maladie a été tout à fait subordonnée aux conditions atmosphériques auxquelles les hommes étaient plus exposés que les femmes, les femmes que leurs enfants. — Chez ces derniers la maladie était très-légère, quoique de la même nature que chez leurs parents.

Nous avons remarqué que le chémosis, dans l'ophthalmie granuleuse non-vénérienne et non-purulente présentait, lorsqu'il était ancien, l'aspect et l'organisation du squirrhe.

De toutes les émissions sanguines, celles que produisent des ventouses à pompe sur le cou, nous ont seules donné des résultats constants que nous attribuons plutôt à la dérivation qu'à la perte sanguine.

Dans les cas les plus graves nous avons toujours considéré les cautérisations directes avec le nitrate d'argent comme le remède héroïque.

Depuis peu, mais une seule fois, nous les avons remplacées avec succès, dans une ophthalmie purulente vénérienne, par cinq introductions en une seule journée, entre les paupières et le globe de l'œil. d'une pommade très-fortement chargée de nitrate d'argent.

Le calomel, l'oxyde rouge de mercure, le sulfate de cuivre et le

sulfate de zinc nous ont paru d'un bon emploi, dans les périodes de décroissement, lorsqu'il ne s'agissait plus, qu'on nous passe cette expression, que de continuer l'œuvre du nitrate d'argent.

Nous proscrivons l'emploi des collyres liquides dont nous ne faisons plus usage, depuis plusieurs années, que comme d'un moyen plutôt hygiénique que médicamenteux.

Nantes, 27 avril 1842. A. Guépin.

MÉMOIRE

SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE D'EMPLOYER LE NITRATE D'ARGENT DANS QUELQUES OPHTHALMIES;

Par M. le docteur Desmarres, chef de clinique de M. Sichel.

(Suite.)

§ V. *Nouvelle méthode d'employer le nitrate d'argent.*

Quelle est, sur les membranes de l'œil, l'action du nitrate d'argent en collyre? Telle est la question que nous nous sommes posée d'abord. Si on l'emploie faible, il diminue la vitalité de l'organe, comprime légèrement la circulation, et, sous le rapport de son action, peut être comparé à l'eau froide appliquée sur nos tissus. S'il est fort, au contraire, il agit comme les autres caustiques, dont l'action a plus d'un point d'analogie avec celle du froid intense, en ce sens qu'ils enraient, comme ce dernier, la circulation dans les parties atteintes par l'oblitération des vaisseaux à un plus ou moins haut degré.

Si nous cherchons à nous rendre compte d'abord de l'action de l'eau froide sur nos tissus, nous trouvons « qu'appliquée sur une région quelconque, elle détermine constamment, mais à des degrés différents, la répercussion du sang vers les parties profondes, effet qui se traduit à l'observateur par la décoloration, le refroidissement et la diminution de volume de cette même région dont la circulation capillaire se trouve ralentie et la vitalité abaissée. Cette répercussion du sang vers les parties profondes offre dans sa durée des variations qui sont proportionnées à la persistance

de l'action de l'eau sur la région où on en fait l'application ; et dès que celle-ci vient à cesser, le retour du sang, d'où il avait été chassé sous l'influence d'un agent physique, le froid, s'effectue avec une violence qui est en rapport avec le degré de température de l'eau elle-même, et de la tendance plus ou moins prononcée que la région conserve à se congestionner de nouveau. On dit alors *que la réaction s'effectue,* écueil qu'il est urgent d'éviter, puisqu'il agit dans le sens même de la condition dynamique que l'on cherche à combattre par l'eau froide, à moins toutefois que l'application extérieure de l'eau n'ait précisément pour but de provoquer cette même réaction. On voit alors la circulation s'activer dans la partie, comme le démontre la rubéfaction, l'élévation de température et le gonflement. » (Fabre, *Dictionnaire des Dictionnaires de médecine*, t. III, p. 425 et 426.)

Si, maintenant, nous étudions l'action du froid intense, nous voyons qu'il agit dans le même sens, mais avec plus d'énergie et en raison directe de son intensité même. Plusieurs opinions, dont nous ne citerons qu'une seule, ont été émises pour expliquer son action. M. Poiseulle a annoncé en 1836 « qu'il y a à l'intérieur des vaisseaux une couche mince de liquide, et que celui-ci s'épaissit à mesure que la température s'abaisse ; de telle sorte qu'il en résulte un obstacle toujours croissant à la progression des globules sanguins ; alors les vaisseaux de la périphérie recevant une moindre quantité de sang, ce fluide stagne dans ceux des viscères et de l'intérieur du corps. Cette opinion a été admise par M. Guérard. » (Fabre, *loc. cit.*, t. III, p. 6.)

D'un autre côté, MM. Bérard, jeune, et Denonvilliers s'expriment ainsi, à propos de la réaction qui s'opère dans une partie momentanément refroidie (*Compendium de chir.*, t. Ier, p. 303) : « Tous ces symptômes, — le gonflement, la rougeur, les démangeaisons, — peuvent aller en augmentant, et alors s'établit une véritable inflammation. Celle-ci, variable selon l'intensité du froid, offre assez exactement les degrés que l'on observe dans la brûlure. Ainsi, il y a un simple érythème, ou bien une phlyctène se forme, et, après la chute de l'épiderme, la surface peut suppurer et s'enflammer. »

Ces citations, un peu longues peut-être, expriment si entièrement l'opinion que nous nous sommes formée par une observation exacte et fréquente, que nous avons cru bien faire en rapportant textuellement les passages.

Est-il nécessaire maintenant de donner plus de développement à cette idée, savoir : qu'il y a similitude d'action sur nos tissus entre les astringents et l'eau froide, entre les caustiques et le froid intense? La définition suivante des astringents par Cullen suffirait pour lever toute espèce de doute : « Ce sont, dit cet auteur, des substances qui, appliquées au corps humain, produisent la contraction et la condensation des solides mous et augmentent par là leur densité et leur force de cohésion, resserrent le tissu des organes avec lesquels on les met en contact, et déterminent une turgescence locale en rapprochant les parois des vaisseaux sur les fluides qui y sont contenus. » (Fabre, *loc. cit.*, p. 530.)

Quant aux caustiques, ne détruisent-ils pas les parties qu'ils touchent? En cela leur action n'est-elle pas semblable sous quelques rapports à celle du froid intense qui, comme eux, produit « une escarre, véritable gangrène locale et circonscrite qui varie pour la rapidité de sa formation, pour sa couleur, son étendue, son épaisseur, sa densité? »

Maintenant, si nous reprenons notre idée, n'arrivons-nous pas à la conclusion que nous avons cherchée, savoir : que le nitrate d'argent agit comme les astringents ou l'eau froide s'il est faible, ou comme les caustiques et le froid intense s'il est fort. Donc, si nous l'employons faible ou comme astringent, c'est-à-dire comme nous emploierions l'eau froide, il faudra prendre certaines précautions pour que la réaction, si terrible dans les maladies oculaires, ne se montre pas comme elle apparaîtrait infailliblement sur un membre soumis pendant une heure, par exemple, à des irrigations d'eau froide qu'on cesserait brusquement.

Il est facile à présent de deviner ce qui doit infailliblement arriver, à moins du hasard le plus heureux, lorsque dans une inflammation oculaire externe sans photophobie (une conjonctive lymphatique, avec ou sans pustules, une conjonctivite simple, une kératite superficielle, vasculaire on non, un ulcère atonique, etc.) on prescrit un collyre astringent faible, à la dose de quelques gouttes par jour. Le sang, faiblement et momentanément chassé des capillaires, s'y précipite bientôt avec une force et une vitesse en sens inverse à la fois et de la force astringente du collyre et de la fréquence des instillations dans l'œil. Cet organe, dès le moment où la première goutte de collyre a été introduite, s'injecte dans son ensemble, et les parties jusque là saines, blanches, soumises à son action, réagissent comme la partie malade, résistent

quelquefois à une première provocation et reprennent leur couleur normale, mais s'enflamment bientôt réellement si les instillations sont répétées surtout de loin en loin. Ainsi la conjonctive rougit, puis s'enflamme, la sclérotique se couvre de vaisseaux, la pupille se resserre, la photophobie et l'épiphora surviennent et toutes les chances mauvaises d'une violente ophthalmie externe, très-souvent d'une ophthalmie interne plus ou moins intense, avec ses fâcheuses conséquences, restent au médecin. Il faut bien alors recourir à la médication antiphlogistique, particulièrement aux émissions sanguines abondantes pour combattre cette réaction terrible qu'on aurait pu prévenir par un traitement mieux dirigé, et à laquelle maintenant on ne peut plus assigner de limites. Me ferais-je donc illusion en avançant que c'est précisément parce que personne n'a tenu compte, jusqu'ici, de cette réaction, que l'administration du médicament a échoué si souvent dans les cas où il était le mieux indiqué?

En général, je n'emploie pas le nitrate d'argent à dose très-faible pour les raisons que j'ai développées, parce que la réaction est d'autant plus à craindre qu'on a dans les mains des armes moins fortes. Il ne faudrait pas croire cependant que je l'administre à l'état d'escarotique, comme les partisans exclusifs de la méthode ectrotique le recommandent, car j'ai reconnu qu'il est mieux de conserver toujours un juste milieu entre ces deux extrêmes. La raison en est peut-être dans ce fait qu'une escare étant une fois formée, celle-ci met les tissus sous-jacents à l'abri de l'action du collyre et que rien n'empêche plus alors la réaction de venir tout compromettre. On en peut juger, au reste, par le gonflement des paupières qui, dans ce cas, suit l'application du caustique. La dose du collyre dont je me sers varie entre 40 et 90 centigrammes de nitrate d'argent cristallisé pour 10 grammes d'eau, selon que la photophobie est plus ou moins forte, selon aussi qu'elle est plus ou moins ancienne, comme dans les ophthalmies scrofuleuses invétérées, par exemple, cas dans lequel on agit plus vigoureusement d'abord. A cette dose, le collyre ne blanchit que rarement la muqueuse oculaire. (Cela arrive pourtant quelquefois chez de très-jeunes enfants, mais alors j'ai soin de diminuer la force du nitrate en recommandant de faire des instillations plus fréquentes.) Cela fait, l'indication la plus importante à remplir, c'est de prescrire au malade des instillations dans l'œil répétées par gouttes de de demi-heure en demi-heure pendant vingt-quatre heures, sans

interruption aucune. Dans quelques cas rares, il faut recommencer l'instillation de quart d'heure en quart d'heure seulement pendant les deux ou trois premières heures du traitement. J'ai soin de prévenir le malade que pendant ces deux ou trois premières heures il éprouvera des douleurs assez vives, parce que c'est ordinairement le temps nécessaire pour que la tolérance s'établisse, mais que passé ce temps elles deviendront très-supportables, et seront suivies d'une notable amélioration, ce qui ne manque pas d'arriver en effet dans tous les cas. De cette manière, l'œil malade est à l'abri de la réaction, parce que la force de répercussion agissant pour ainsi dire d'une manière continue, maintient les vaisseaux dans un état de resserrement que cette réaction ne peut vaincre.

S'il m'est possible de revoir le malade cinq ou six heures après l'instillation de la première goutte, je juge par l'état de l'organe, si, oui ou non, la réaction tend à survenir, et alors : si non, je continue ; si oui, au contraire, j'augmente la force du même collyre de 10, 15 ou 20 centigrammes. Si je ne puis revoir le patient qu'après vingt-quatre heures, j'ai soin de prescrire de suite un collyre un peu plus fort (je débute par 50 à 60 centigrammes de nitrate pour 10 grammes d'eau), et je n'ai rien à craindre. Dans quelques cas où je me défie de la persévérance ou de la bonne volonté du malade, je recommande des fomentations d'eau glacée pour aider l'action du collyre. Cependant, je me hâte d'ajouter que cela ne m'est arrivé que rarement sur plus de soixante cas.

Après les vingt-quatre heures, la réaction ne survient plus, mais la photophobie n'est pas toujours complétement éteinte, bien que l'injection des membranes externes aît d'ordinaire diminué ; et, dans ce cas comme dans l'autre, je fais ajouter 10 ou 20 centigrammes de nitrate, et après quarante-huit heures, rarement plus, l'ophthalmie est à sa deuxième période, je veux dire que la forme aiguë n'existe plus. Alors les instillations sont moins souvent répétées, d'heure en heure, par exemple, et enfin abandonnées, puis remplacées par le traitement général approprié.

Cette méthode a sur les autres l'immense avantage d'éviter aux malades photophobes un traitement antiphlogistique plus ou moins long et énergique, dirigé toujours, ou du moins le plus souvent, contre la photophobie seule. Il est du plus haut intérêt d'y recourir, surtout lorsqu'on a à traiter des individus lymphatiques ou scrofuleux chez lesquels les pertes de sang souvent répétées

ne sont pas sans danger. Elle remplace à elle seule les saignées, les sangsues, les purgatifs et tout l'arsenal pharmaceutique et chirurgical dans la période aiguë de l'ophthalmie. Elle enraye avec certitude l'inflammation dans sa marche croissante et combat avantageusement la photophobie dans l'espace de vingt-quatre à trente-six heures, terme moyen. De plus, on peut toujours y recourir sans inconvénient dans les cas de réapparition de l'ophthalthalmie, tandis qu'il n'est pas toujours possible de revenir aux émissions sanguines.

Qu'on ne pense pas que, partisan exclusif du nitrate d'argent, j'avance qu'employé de cette manière cet agent puisse remplacer à lui seul tout médicament : loin de là, car tout n'est pas dit quand la photophobie est tombée ; c'est à ce moment au contraire qu'il faut toute la sagacité du médecin, toutes les connaissances de l'ophthalmologiste pour employer des agents capables de ramener l'organe vers l'état normal. C'est alors que les purgatifs, les astringents légers en collyre, et plus tard, la cautérisation des granulations avec le sulfate de cuivre, s'il y en a sous les paupières, sont du plus grand secours ; enfin, c'est à ce moment qu'on doit commencer un traitement général convenable. A la fin de ce mémoire, je donnerai la description sommaire de quelques cas dans lesquels cette méthode, qui n'a pas encore failli dans mes mains, peut-être par la raison que j'ai eu le soin de bien choisir les cas, a été mise en usage, et j'indiquerai l'état anatomique de l'œil avant et après l'emploi du collyre, en rappelant le traitement général prescrit. (*La suite à un prochain n°.*)

MÉMOIRE SUR LE GLAUCÔME ;

Par le docteur Sichel.

§ XXX. — Troisième période.

D'Autenrieth (1807) *à nos jours.*

1807. — Autenrieth.

Autenrieth, professeur à l'Université de Tubingue, grand génie médical (l'un des maîtres qui ont guidé mes premiers pas dans la carrière médicale et à la mémoire duquel je me plais à rendre

ici un pieux hommage), Autenrieth le premier a reconnu le véritable siége du glaucôme, en le plaçant dans la choroïde. Mais sa voix n'a pas été écoutée, et jusqu'aujourd'hui beaucoup d'hommes spéciaux persistent à localiser cette maladie dans le corps vitré. D'ailleurs Autenrieth n'a rapporté qu'un seul cas de glaucôme et n'est entré dans aucun détail sur les causes de l'opacité verte et sur la nature de la désorganisation de la choroïde en général. Je n'ai moi-même eu connaissance du passage d'Autenrieth qu'il y a peu de temps, pendant mes recherches historiques sur ce sujet; par conséquent je n'ai pu le citer dans mes publications de 1831 et 1837. Vu l'importance de l'observation d'Autenrieth, nous la donnerons en entier, avec les conclusions qu'il en tire. Nous dirons à cette occasion que, malgré la plus grande attention que nous avons donnée à ce point, nous n'avons point trouvé que la gale répercutée ou mal traitée ait, sur la production des maladies oculaires chroniques et des maladies chroniques en général, la grande influence que lui attribue Autenrieth, idée que Hahnemann, en contradiction flagrante avec les idées antérieurement exposées dans l'*Organon* et ses autres ouvrages, a prise à ce célèbre et spirituel médecin, pour l'exagérer encore davantage à sa guise.

Autenrieth's Versuche etc. (c'est-à-dire, *Essai de médecine pratique*). Tubingue, 1807. p. 308. « J'ai vu un vrai glaucôme avec amaurose des deux yeux, survenu par suite d'une gale supprimée depuis longtemps (p. 309); comme la plupart des maladies oculaires internes, et la cataracte elle-même ne se développent pas d'ordinaire comme des maladies locales, mais au contraire comme suite de maladies cérébrales transitoires, de même dans ce cas, la gale ayant été guérie rapidement (*vertrieben*) dès avant la puberté à l'aide de pommades, une semi-paralysie des bras, une lassitude (*Mattigkeit*) dans les genoux, des bruissements dans les oreilles, des vertiges et de la céphalalgie avaient précédé de très-loin le début de la maladie des yeux. Le malade avait 26 ans. Chaque pulsation du pouls était très-lente et il n'y en avait que 60 par minute, ce qui marquait clairement une affection générale du système nerveux accompagnée d'une diminution dans l'activité du système vasculaire sanguin de cet homme, d'ailleurs robuste et d'une taille élancée, mais d'une intelligence très-obtuse, voisine de l'idiotisme. Les pupilles étaient dilatées, l'œil gauche tout à fait aveugle; le droit conservait un reste de perception lu-

mineuse. Ce dernier présentait profondément derrière la pupille, ou dans le fond, l'opacité nébuleuse ordinaire à l'amaurose, l'autre avait par places dans le fond une apparence (ou un léger éclat, *Schein*) verdâtre manifeste qu'on ne pouvait pas voir à travers la pupille dans toutes les directions, et dont la couleur n'était pas partout la même. Dans les deux yeux l'opacité était évidemment située plus profondément dans l'œil que le siége du cristallin, dont la région paraissait transparente. Le gonflement hydropique des deux globes oculaires était en harmonie avec la propriété du principe scabieux de produire d'abondantes sécrétions aqueuses là où l'absence de l'accès de l'air atmosphérique empêche la suppuration proprement dite. Est-ce que cette forme d'affection oculaire ne serait pas celle qui a lieu constamment lorsque la gale répercutée agit chroniquement sur l'œil aussi ? (p. 310.) Je conserve dans la collection anatomique de notre Faculté une choroïde recouverte à sa surface interne de pustules disséminées, blanches et fermes, du volume d'une tête d'épingle ordinaire, semblables à celles que les autopsies, citées plus haut, de personnes mortes de phthisie survenue à la suite de la gale, ont montrées sur les enveloppes péritonéales. Cet œil a été trouvé dans le cadavre d'un homme d'environ 40 ans qui avait longtemps été prisonnier dans la maison de correction et qui, comme cela a lieu pour les animaux enfermés dans nos climats, était mort de tubercules quasi-scrofuleux répandus sur tout le corps, passés à l'état de suppuration dans leur centre et en partie extrêmement volumineux. Est-ce que des pustules semblables, comme produit de l'activité vasculaire anormale après une maladie nerveuse plus générale, ne seraient pas la cause du glaucôme survenu après la gale répercutée? Est-ce que le glaucôme véritable, cette maladie oculaire assez rare, n'aurait pas toujours son siége dans des altérations semblables de la choroïde? Une pustule sur laquelle serait placée une sphère transparente et grossissante, comme celle que forme le corps vitré, cette pustule, disons-nous, regardée à travers la sphère, devrait paraître grossie et particulièrement élargie à sa circonférence, sans pouvoir être vue bien distinctement, et malgré son étendue apparente elle devrait être invisible dès qu'on ne la regarde pas exactement dans la direction de l'axe de la sphère transparente. Dire que le glaucôme consiste dans l'opacité du corps vitré de l'œil, c'est une simple hypothèse de Heister, qu'on a échangée de nos jours avec celle tout aussi peu prouvée qu'il a son siége

dans la rétine. (p. 311.) La *Bibliothèque médico-pratique* de Plouc-quets et la *Bibliothèque ophthalmique* de Beer font foi que jusqu'à présent on n'a point du tout pensé que la choroïde pût être malade, bien que tout prouve que cette choroïde est la membrane sécrétante la plus considérable de l'œil. »

Quelque spirituelles que soient ces observations d'Autenrieth et quelque juste que soit ce qu'il dit sur le *siége* du glaucôme, on voit que, quant à la nature de cette maladie, il n'a fait que substituer une nouvelle hypothèse à celle de Brisseau (et non de Heister, à qui le célèbre professeur de Tubingue défère par erreur la paternité de cette opinion). En effet rien ne prouve que l'homme dont la choroïde présentait des pustules aît eu un glaucôme et que sa maladie aît été la suite d'une gale, mal traitée ou non. Une ou plusieurs pustules de la choroïde n'expliqueraient d'ailleurs nullement la teinte verte du fond de l'œil. L'opinion d'Autenrieth a d'ailleurs passé inaperçue, et, pendant longtemps, personne n'a plus songé à placer le siége du glaucôme dans la choroïde.

1809. — BENEDICT (F.-G.-G.).

(*De morbis humoris vitrei.* Lips. 4° § 14 et suivants.)

Élève de Beer, et rapportant en général dans ses premières publications les opinions du maître plutôt que le résultat de sa propre expérience, M. Benedict, dans sa thèse, nous fait connaître les modifications importantes que les idées du célèbre professeur sur le glaucôme avaient déjà subies alors. C'est dans cet opuscule que paraît pour la première fois, à ma connaissance, la part importante que ce dernier attribuait à l'ophthalmie arthritique dans la production du glaucôme. « Mais le glaucôme peut aussi être causé par la seule vieillesse, même dans des personnes plus jeunes par la simple faiblesse des fibres oculaires » (§ XV et XXIV). Ceci nous rappelle le glaucôme commun sénile (lenticulaire) de M. Mackenzie. M. Benedict lui-même dit que le manque de pigment [le reflet jaune du cristallin; voir plus haut § XVI, *vj*] est facile à confondre chez les vieillards avec le glaucôme, bien qu'il se distingue par la presque intégrité des fonctions visuelles et la forme de la pupille, ainsi que par l'absence des varicosités, etc. La description de la maladie et de la cataracte glaucômateuse est très-bonne et conforme à celle que Beer donna plus tard (v. 1813) dans son ouvrage. La myodésopsie (apparition de mou-

ches volantes devant l'œil) est indiquée comme un signe précurseur (§ XX). L'atrophie du globe est, pour la première fois, regardée comme une terminaison ordinaire du glaucôme (§ XXII). Les suites de l'opération de la cataracte glaucômateuse sont parfaitement exposées et plus complètement que chez Beer dans le § XXIII, déduction faite de ce qui a trait à la dégénérescence cancéreuse qui n'a pas lieu, selon nous.

« Après l'extraction l'humeur vitrée s'écoule avec la cataracte ou seule ; la blessure des vaisseaux variqueux amène en même temps une violente hémorrhagie qui détruit tout l'effet de l'opération. Après l'abaissement il survient une violente hémorrhagie que la section de la cornée peut seule arrêter et une inflammation tellement grave que non-seulement la cécité et l'atrophie de l'œil, mais encore, dans des cas plus graves, le changement du globe entier en squirrhe ou en cancer peut suivre l'opération. »

« Il est encore incertain si le siége de l'obscurcissement dans l'œil glaucômateux est dans le tissu cellulaire de l'humeur vitrée [dans les cellules hyaloïdiennes] ou dans le liquide contenu dans ce tissu ou dans tous les deux. » § XXVI.

Parmi les médicaments M. Benedict indique la chaleur sèche et aromatique dans le cas de laxité, et les toniques dans celui d'une maladie constitutionnelle. (§ XXVII.)

Dans son *Traité d'ophthalmologie pratique* (Leipzig 1825, 8°. t.V) M. Benedict, guidé par sa propre expérience, modifie et complète considérablement sa description du glaucôme. Nous avons déjà rapporté ses paroles dans plusieurs endroits de notre mémoire. Voici encore quelques passages qui ne sont pas sans intérêt :

« P. 140. Le glaucôme aigu peut quelquefois se développer en « peu d'heures ; c'est à ces cas que peut être appliqué le nom « d'apoplexie oculaire employé par Demours. »

« P. 146. Le glaucôme est extrêmement fréquent chez les Juifs, « et plus la malpropreté est grande dans l'extérieur et l'habita- « tion de l'individu, plus le progrès de la maladie est rapide. Je « puis dire que plus de la moitié des malades glaucômateux qui « ont passé sous mes yeux depuis 12 ans a été formée par les des- « cendants d'Israël, bien qu'à Breslau ils forment à peine un « douzième ou un quinzième des habitants. Je crois avoir observé « aussi que cette cécité est plus fréquente chez les Polonais que « chez les Allemands. »

C'est dans les paroles de M. Benedict que M. Rosas a probable-

ment puisé cette même assertion (v. plus haut); car à Vienne, ni moi, ni mon ami et maître F. Jaeger, que j'ai pu consulter depuis, n'avons observé cette circonstance.

P. 157. Bien que M. Benedict partage l'opinion de Beer sur la fréquence de la goutte, comme cause du glaucôme, il n'a vu que de mauvais effets de l'emploi des anti-arthritiques. Il dit aussi, et avec raison, contrairement à l'observation de Beer, que les moyens excitants diffusibles employés à l'intérieur sont nuisibles, augmentent la sensation de tension et les douleurs dans l'œil et impriment à la marche de la maladie un caractère plus fâcheux.

1813. — Beer (J.-G.). (*Comparez* 1791.)

Doctrine des maladies des yeux (en allemand). Vienne. Vol. I, 1813. Vol. II, 1817.

La plupart des opinions les plus répandues aujourd'hui sur le glaucôme nous viennent de Beer et de l'ouvrage que nous venons de citer. C'est l'opinion de Brisseau que Beer a adoptée sans réserve et répandue; c'est à lui et à son école qu'il faut reprocher d'avoir propagé l'erreur de Brisseau qu'il était si facile de découvrir par l'anatomie pathologique. La rareté des dissections d'yeux glaucômateux peut seule atténuer en quelque sorte ce tort, qui cependant, devient inexcusable chez ceux qui, comme MM. Andreae, Jüngken, Tyrrell, etc., etc., pouvaient mettre à profit les autopsies faites par leurs devanciers. Nous avons déjà rapporté et réfuté quelques-unes des opinions de Beer sur le glaucôme dans les paragraphes précédents; nous n'y reviendrons pas. Disons de suite, pour être juste, que Beer, en excellent observateur, n'a commis d'erreur que sur les causes et le siége réel de cette maladie, que probablement il n'a point eu occasion d'étudier anatomiquement, mais dont, le premier, et en maître consommé, il a parfaitement saisi et décrit les symptômes. Il parle d'abord du glaucôme comme « véritable opacité du corps vitré » et de la cataracte verte comme suite de l'ophthalmie arthritique (p. 582 du premier volume), puis de cette dernière maladie sous le nom de cataracte glaucômateuse et du glaucôme en général ou « de l'opacité du corps vitré » aux pages 254 à 256 du second volume. Il fait observer avec raison que la cataracte glaucômateuse parfaitement développée est toujours consécutive au glaucôme et que ce dernier peut se former sans ophthalmie apparente à la suite de

l'amaurose goutteuse. Il s'étonne comment des confrères pouvaient encore en consultation lui proposer l'opération de cataractes glaucômateuses, chose que malheureusement encore aujourd'hui on me demande assez souvent. Il distingue parfaitement le glaucôme du synchysis (II, p. 257). A l'occasion de l'amaurose goutteuse il dit (II, p. 546) que cette amaurose, très-souvent suivie de glaucôme, est plus fréquente chez les femmes à l'époque de la ménopause et il en indique les symptômes précurseurs que M. Weller a plus tard décrits comme ceux du glaucôme.

Selon lui, dans l'amaurose arthritique et le glaucôme, le petit cercle de l'iris change toujours d'abord de couleur, d'une manière peu rapide et cependant très-marquée, et devient très-foncé, circonstance que je n'ai observée que très-exceptionnellement.

D'après M. Benedict (*De morbis hum. vitr.* § XXVI) Beer, dans une autopsie d'un œil glaucômateux, aurait trouvé « le plus fort obscurcissement autour du trou central de la rétine, de manière que, même dans le plus léger degré de la maladie, la région de l'humeur vitrée autour de cette ouverture perdrait un peu de sa transparence normale. » Mon ami Canstatt (dans sa thèse sur le fongus médullaire de l'œil, § XVI) dit au contraire que Beer, dans des yeux glaucômateux, n'a jamais trouvé une altération de l'hyaloïde ou du corps vitré, mais seulement la rétine atrophiée et pointillée de noir. Il m'a été impossible de trouver dans les ouvrages du professeur de Vienne la source de ces citations.

1816. — Scarpa.

Trattato delle malattie degli occhi. Pavia. Ed. V. 8°. 2 vol.

Je n'ai pu rien trouver dans Scarpa sur le glaucôme. S'il en a parlé, ce doit être en passant; mais j'en doute. Cela prouve suffisamment combien l'étude du glaucôme a été négligée par les chirurgiens.

1817. — Jourdan.

(*Dict. des Sciences médicales* en 60 vol. T. 18.)

Cet article, comparé à celui de Demours (1818) et aux paroles déjà citées de Sanson, peut montrer combien le glaucôme, maladie décrite d'abord par un médecin français, était peu connu en France il n'y a pas bien longtemps.

« On ne se sert plus [du terme de glaucôme] généralement de

nos jours que pour désigner l'opacité de l'humeur vitrée ou de la membrane hyaloïde. En effet, la partie de cette membrane qui tapisse l'enfoncement du corps vitré destiné à loger le cristallin et sa capsule, devient quelquefois opaque. Il arrive aussi, dans certaines occurrences, que l'humeur muqueuse et limpide épanchée dans les cellules, perd elle-même sa transparence, sans qu'il soit possible d'assigner les causes qui la lui ont enlevée.

« Le glaucôme est une affection peu commune, et d'ailleurs il existe rarement seul. Presque toujours il est compliqué de l'opacité du feuillet postérieur de la capsule cristalline, en sorte qu'il est souvent difficile, ou même impossible de le distinguer, et que si son étiologie est fort obscure, son diagnostic n'est pas couvert d'un voile moins épais. On est assuré de son existence toutes les fois que la cataracte adhère au fond de l'œil, ou quand, après avoir extrait le cristallin et sa capsule, on aperçoit encore un point obscur derrière la pupille. Si l'affection existe seule, elle s'annonce par une tache d'un gris jaunâtre, plus profondément située que la cataracte n'a coutume de l'être, par la diminution graduée et enfin par la perte totale de la faculté de voir. »

1818. — Samuel Cooper.

(*Dictionnaire de chirurgie*, éd. 3).

M. Cooper qui a adopté l'opinion générale sur le corps vitré opaque dans le glaucôme, et qui dit que cette maladie, même arrivée au terme de son développement, n'est pas toujours facile à distinguer d'une cataracte, surtout commençante; M. Cooper, disons-nous, poursuit plus loin qu'aucun autre écrivain, à notre connaissance, l'idée de l'opacité de l'humeur vitrée. « Les auteurs, » dit-il, « recommandent les vésicatoires et l'usage interne de l'extrait de ciguë, du calomel et du savon. (*Encyclop. méthodique, part. chir.*) On pourrait tenter l'application locale de l'éther, comme l'un des moyens par lesquels M. Ware croit favoriser la résorption de la cataracte. De l'état actuel de nos connaissances sur la résorption de substances opaques dans l'œil, lorsqu'elles sont détachées et libres, comme cela a lieu après l'abaissement avec l'aiguille, il résulte indubitablement que, même dans le cas d'une opacité dans quelque partie de l'humeur vitrée qui ne céderait point aux moyens sus-indiqués, le chirurgien pourra de plein droit se décider à éloigner de l'axe visuel, à l'aide de l'ai-

guille à cataracte, cette partie obscurcie, et de procurer ainsi sa résorption. » D'après ce qui a été dit dans la partie pratique de notre mémoire, et surtout dans les sections I, III et VIII du § XIX, il est inutile de faire ressortir combien ce prétendu droit du chirurgien est mal fondé dans le glaucôme. Mais dans les cas même de l'existence de pareilles opacités partielles non accompagnées de cette maladie le conseil donné par le célèbre chirurgien anglais sera inopportun ou funeste, ces taches opaques du corps vitré en elles-mêmes nuisant peu à la vision et ne la troublant qu'en tant qu'elles existent simultanément avec d'autres lésions consécutives à l'ophthalmie interne. Or cette dernière se réveille et augmente toujours d'une manière plus ou moins dangereuse après toute tentative quelconque d'opération chirurgicale.

1818. — WALLROTH.

(*De Ophthalmologia veterum*. Hal. p. 164 et suiv.)

L'auteur réunit un grand nombre des passages des anciens sur le glaucôme, nom qu'il voudrait voir rendu à la cataracte (p. 173). Il a rapporté au glaucôme plusieurs passages qui ne s'y rattachent point réellement.

1818. — DEMOURS.

Traité des maladies des yeux, t. I, p. 468. T. III, p. 203. (Consultations). *Précis sur les maladies des yeux*, 1821, p. 553. *Mémoire lu à l'Acad. royale de médecine*. [Je ne sais point dans quel journal l'original a été publié. Traduit dans le *Journ. de chirurgie de Graefe et Walther*, t. IV (1822), p. 243, par le docteur Ritter.]

Toutes ces différentes publications ne font que reproduire les mêmes idées et à peu près avec les mêmes paroles.

On pourrait d'abord trouver assez exacte la description que cet auteur donne du glaucôme. Mais en y regardant de plus près, on voit qu'il ne l'a connu que très-imparfaitement. En effet, rien n'est dit par lui sur le siége profond et la concavité de l'opacité, et, en examinant les dessins d'yeux glaucômateux qu'il donne et en les comparant avec sa description de la couleur de l'opacité, on acquiert la conviction que son expérience sur cette maladie n'était pas grande et que son diagnostic était fort peu sûr. Ainsi la teinte de la pupille est, selon lui, « ordinairement couleur d'eau de mer dans les commencements. » Comparez maintenant

la fig. 1, pl. 20, qu'il cite à propos de cette description, et vous trouverez une opacité d'un gris-bleuâtre comme toute cataracte peut l'avoir. Deux autres cataractes aux dessins desquelles il renvoie (pl. 20, fig. 3, pl. 21, fig. 1), ont une teinte jaune d'ocre et un aspect qui sont ceux des fausses membranes ou de certaines cataractes capsulaires, mais qui ne ressemblent aucunement au glaucôme ou aux cataractes glaucômateuses. Beer, en 1792, avait déjà donné un dessin beaucoup plus conforme à la nature, quoique mauvais sous le rapport de l'art. Les volumineuses consultations (elles remplissent plus de 70 pages) ne contiennent en général les symptômes anatomiques que fort incomplétement; elles sont d'ailleurs toutes de Demours père, à l'exception de trois (obs. 383 à 385), dont les dernières n'ont que quelques lignes et dont aucune ne contient une description des symptômes suffisante pour justifier le nom de glaucôme donné à la maladie. C'est une idée plus que singulière de regarder le glaucôme comme « *une inflammation du périoste orbitaire, de la membrane muqueuse qui revêt les sinus frontaux*, des capillaires sanguins et lymphatiques du globe, suivie de paralysie de la rétine et du nerf optique, de désorganisation du corps vitré et d'opacité du cristallin, et qui entraîne constamment la perte de la fonction de l'œil affecté. » (*Précis*, etc., p. 556, et *Mém. lu à l'Académie*.) Le périoste et la muqueuse des sinus frontaux n'ont rien à faire au glaucôme, encore moins leur phlegmasie peut-elle constituer un caractère pathognomonique de cette maladie. On voit que l'auteur a confondu le glaucôme avec l'ophthalmie interne suivie d'amaurose; ce qu'il regarde comme une périostite orbitaire essentiellement liée à la maladie qui fait le sujet de notre mémoire, n'est que la douleur névralgique dont nous avons parlé, commune au glaucôme, à l'ophthalmie interne et à l'iritis. Cette idée d'une phlegmasie du périoste orbitaire essentielle appartient d'ailleurs à Demours père; dans le *Traité*, etc., elle ne se trouve point encore dans le texte, mais seulement dans une des consultations de ce médecin (obs. 369, p. 215), datée du 8 juin 1765, où il est dit : « Les douleurs dépendent d'une lymphe âcre infiltrée dans le périoste orbitaire, dans la membrane qui revêt les sinus frontaux, et dans cette portion du péricrâne dont sont recouvertes les parties latérales et antérieures de la tête. » De là elle a été reçue dans l'observ. 383 (p. 272) et plus tard dans le texte des publications de Demours fils sur le glaucôme. Or, que penser de l'expérience sur cette maladie,

quelque grande qu'elle ait d'ailleurs été, d'un praticien qui, dans un mémoire de près de cent pages, ne rapporte que des observations recueillies par son père dans le siècle passé, et qui, malgré la marche rapide de l'ophthalmologie de nos jours, même en 1822, n'ajoute aucune observation détaillée faite par lui ou ses contemporains, et qui étaye ses opinions sur des dessins qui ne ressemblent en rien à la maladie qu'il décrit? Cette remarque peut en général s'appliquer au volumineux ouvrage de Demours, dont le fond est fait avec les consultations de son père et dont les dessins, fort bien exécutés sous le rapport de l'art, ont bien rarement la vérité qu'on doit exiger d'une iconographie scientifique. Complétons, sous le rapport du glaucôme, par quelques citations, cette critique qui peut paraître sévère, mais qu'un examen attentif trouvera juste et impartiale.

« Le malade aperçoit d'abord un brouillard d'un seul œil : le glaucôme diffère en cela de l'amaurose qui attaque souvent les deux yeux simultanément. » (*Traité*, I, 468. *Précis*, 553.) « Il n'y a d'exception que dans des cas rares où la maladie s'établit subitement aux deux yeux, accompagnée d'une vive irritation. » (*Précis*, 553.) Proportion gardée entre la fréquence de l'amaurose et du glaucôme, en général je n'ai pas trouvé que l'amaurose attaque beaucoup plus fréquemment les deux yeux que le glaucôme. Ce brouillard, également noté d'abord par Demours père (III, observ. 367, p. 205), est bien loin d'être un symptôme précurseur constant du glaucôme. Il appartient, ainsi que les couleurs de l'arc-en-ciel bordant la flamme d'une bougie et quelques autres cités par Demours et les autres symptômes précurseurs déjà mentionnés et sur lesquels nous aurons à revenir à l'occasion des opinions de M. Weller (1825), aux prodrômes de l'amaurose.

« Je ne rencontre jamais cette maladie chez les jeunes gens. » (*Traité*, I, 471.) Cette phrase a été changée ainsi dans le *Précis* (556) : « On n'observe presque jamais cette maladie chez les jeunes gens. » Non-seulement on n'aurait point dû y toucher, mais encore il fallait dire qu'elle ne se montre jamais avant l'âge critique ou son imminence, circonstance qui ne peut échapper à quiconque voit beaucoup de malades et n'observe point superficiellement.

« Lorsque le glaucôme est subit, il peut être considéré en quelque sorte comme une apoplexie du globe. » (*Traité*, I, 471.) Cette remarque est fort juste.

« Lorsque le glaucôme est complet à un œil, l'organe s'atrophie

quelquefois plus ou moins avant que la maladie ne se communique à l'autre œil. » (*Précis*, 557.) Cette circonstance, observée par Demours seul et qui me semble tout à fait erronée, me paraît concourir à prouver que Demours a confondu le glaucôme avec l'ophthalmie interne et ses suites.

« J'ai toujours éprouvé quelque désir de faire fondre le premier œil attaqué, dans l'espoir de sauver l'autre. Je ne l'ai pas encore fait; j'ai eu connaissance que cette tentative a été exécutée, et qu'elle n'a pas mis le second œil à l'abri, quoique l'opération eût été faite, lorsque celui-ci était encore très-sain. Saint-Yves avait pensé que l'on pourrait faire, dans les cas semblables, l'extirpation du globe pour préserver l'autre. » (*Traité*, I, 472.) Cette idée est tout aussi irrationnelle que celle d'extirper le globe glaucômateux. Ce sont des causes internes, constitutionnelles et non localisées dans l'œil, qui causent l'envahissement par la maladie de l'œil resté sain d'abord.

1820. — Delarue.

(*Cours complet des maladies des yeux*. Paris. 8°. p. 348.)

Il regarde le glaucôme comme « dépendant de l'état variqueux des vaisseaux imperceptibles du corps vitré qui doit nécessairement, en changeant les sécrétions qui séjournent dans ce corps, dénaturer et désorganiser ses produits; et dès lors cette couleur verdâtre si remarquable dans cette maladie, lorsqu'elle se trouve dans son état de simplicité, explique assez de quelle manière la vue doit en être détruite, et nous donne en même temps le pourquoi elle est incurable. En effet, si jusqu'à présent nous n'avons pas encore trouvé de moyens pour guérir les varices extérieures qui sont cependant visibles et palpables, à plus forte raison les ressources ordinaires doivent-elles échouer contre celles qui sont intérieures; et de même que les varices extérieures disparaissent ordinairement après la mort, de même aussi, et par les mêmes raisons, l'autopsie doit-elle présenter le corps vitré de l'œil affecté de glaucôme dans un état presque naturel, circonstance vraie, mais qui a pu en imposer et faire prendre le change, comme nous l'avons déjà vu, et comme cela est arrivé à des praticiens du plus grand mérite et doués, du reste, d'une profonde sagacité.

« Il reste donc maintenant bien démontré pour nous que le glaucôme est une affection particulière au corps vitré, dans laquelle

il a perdu sa transparence pendant la vie, pour la recouvrer en partie après la mort. Toutefois, comme cette maladie peut se compliquer avec la cataracte et l'amaurose, le diagnostic peut en être par cela même plus difficile; mais le pronostic (une fois la maladie bien reconnue) n'en sera ni plus ni moins fâcheux.»

Admettre une opacité du corps vitré qui disparaît après la mort, c'est là un moyen facile d'éviter la contradiction de ceux qui invoqueraient le résultat des autopsies. Mais il est évident que l'auteur, pour fonder cette théorie, n'a point eu recours aux dissections; car il nie la désorganisation de la rétine dans le glaucôme (p. 353), il ne parle point du tout de celles de la choroïde et de l'iris dans la même maladie, et il parle de la complication du glaucôme avec l'amaurose (p. 358), comme si dans tout glaucôme il n'y avait point des symptômes amaurotiques.

Parmi les dérivatifs les plus actifs l'auteur compte le moxa sur le trajet du nerf frontal, l'acupuncture sur les épaules (p. 354) et la cautérisation syncipitale (p. 358), moyen dont nous voyons le charlatanisme faire un si triste abus, autant dans cette maladie que dans l'amaurose et la cataracte, mais qui n'a sur les autres dérivatifs aucun avantage et qui ne fait qu'ajouter à la maladie un danger de plus, celui d'une congestion cérébrale nouvelle, comme je l'ai vu souvent, dans des maladies de nature congestive.

M. Delarue critique d'une manière fort juste l'idée de Demours de faire fondre l'œil affecté de glaucôme dans l'espoir de sauver son congénère (p. 356).

1822. — Geiger.

Diss. de glaucomate, Landshut.

Je n'ai pas lu cette thèse et je ne la connais que par l'extrait donné dans l'ouvrage cité de M. Canstatt (p. 39).

M. Geiger place l'essence du glaucôme dans l'inflammation de l'hyaloïde. Il se fonde sur un œil qui se trouve dans la collection anatomique de Beer (appartenant actuellement à la clinique ophthalmologique de Vienne) œil qui avait présenté un glaucôme et dans lequel l'autopsie montra plus tard une ossification de l'hyaloïde. Beer lui-même avait regardé cette ossification comme appartenant à la rétine. M. Canstatt a suffisamment prouvé ce que l'opinion et l'argumentation de M. Geiger ont d'erroné; mais je n'ai

pas besoin de reproduire ici les excellentes raisons que donne M. Canstatt. Il suffira de renvoyer à ce que j'ai dit plus haut sur les ossifications de la rétine et du corps vitré qu'on ne trouve point dans le glaucôme actuel, mais seulement lorsque cette maladie se termine par l'atrophie de l'œil. J'entrerai dans des détails plus amples sur ce sujet dans un mémoire que je me propose de publier sur les ossifications de l'œil, mémoire qui prendra pour point de départ un nombre considérable d'ossifications des membranes internes de l'œil, du corps vitré et du cristallin, que je conserve dans ma collection, et dont j'ai fait dessiner plusieurs avec beaucoup de soin.

1825. — Weller.

Nous avons déjà cité plusieurs fois (dans les §§ III et IV) les opinions de cet auteur ; il ne nous reste qu'à donner un court extrait de quelques passages de son mémoire sur le glaucôme et l'amaurose arthritique, inséré dans ses *Icones ophthalmologicae*, Leips. et Paris, 1825, 4°, ouvrage accompagné de belles planches gravées, mais qui n'a pas été continué et qui est peu connu aujourd'hui. Nous ne toucherons que les points les plus importants.

P. 14 et 15. C'est ici que paraissent pour la première fois les symptômes précurseurs de l'amaurose attribués comme prodrômes au glaucôme. C'est sur la foi de M. Weller que la plupart des auteurs ont répété cette description de symptômes qui, nous l'avons déjà dit, n'appartiennent pas exclusivement à cette maladie et ne sont constants ni dans le glaucôme, ni dans l'amaurose. M. Weller dit très-bien que ces symptômes sont surtout effrayants pour le malade lorsque, l'un des yeux étant déjà perdu, l'autre les aperçoit.

P. 18. M. Weller parle aussi de la matité de la cornée dans le glaucôme opacité que je n'ai point observée et qui, dans le cas où elle existerait sans complication de kératite, ne pourrait être attribuée qu'à la profonde atteinte que la nutrition de l'œil subit le plus souvent dans cette maladie, surtout dans ses dernières périodes. Seul de tous les auteurs il étend cette matité même à l'humeur aqueuse : « Humor aqueus et cornea non turbantur, sed tantum sunt colore languido. »

P. 18. Il décrit et représente par une figure, dans un cas de cataracte glaucômateuse complète déhiscente accompagnée de forte varicosité de la conjonctive et d'un staphylôme volumineux de la choroïde, des vaisseaux variqueux de l'iris, chose fort rare.

(V. § III de notre mémoire.) Il attribue à la résorption du tissu adipeux orbitaire la circonstance que les paupières, selon lui, deviennent laxes dans le glaucôme et recouvrent davantage le globe, circonstance que nous n'avons point vue plus marquée dans cette maladie que chez les vieillards en général, et qui, si elle existe réellement quelquefois, devra tenir plutôt à un commencement d'atrophie. Il dit très-bien (p. 20) que l'atrophie du globe manque souvent dans la cataracte glaucômateuse complète, et cela lorsqu'elle existe même déjà depuis des années. Deux fois il a vu sur des personnes âgées de moins de 40 ans, après la suppression d'éruptions cutanées « une affection oculaire débutant par des symptômes inflammatoires et présentant des symptômes et des terminaisons semblables à celles du glaucôme. » Nous doutons fort que c'étaient de vrais glaucômes.

P. 19. Il n'a jamais vu les deux yeux affectés de glaucôme tout à fait simultanément (*plane uno eodemque tempore*), à moins que la maladie n'eût commencé sous des symptômes inflammatoires très-intenses. (Remarque fort juste, à laquelle notre obs. VIII, § XVIII, peut servir d'appui.)

Les pages 20, 21, 22 et 24 contiennent encore plusieurs remarques que je regrette de n'avoir point le temps de transcrire.

P. 21. Dans les yeux glaucômateux M. Weller a trouvé le corps vitré plus ou moins obscurci, d'une couleur non pas vert de mer, mais vert brunâtre (*et quidem non veneto, sed ex subfusco viridi colore*) et d'une consistance moindre que dans l'état normal. Son mémoire ne contient, en dehors de ces quelques mots, et d'un court passage que nous citerons, aucune autre donnée anatomique. Six dessins, pris sur le vivant, très-bien faits et exacts, sont joints à ce travail.

P. 22. « Cependant l'obscurcissement du corps vitré n'est point la chose principale; il y a tous les symptômes de l'amaurose. L'affection du vitré n'est que secondaire. »

P. 24. « Dernièrement j'ai trouvé, dans la dissection d'un œil détruit presque de la même manière » [par l'iritis arthritique sans glaucôme], « le corps vitré également d'une teinte verdâtre tirant sur le brun, comme dans le glaucôme non inflammatoire je l'avais déjà plusieurs fois observé. » L'auteur a probablement oublié de détacher le corps vitré de la choroïde, ou il aurait sans doute perdu sa teinte brun-verdâtre, pour redevenir simplement jaune

ou jaune-roussâtre. Cette remarque peut enfin s'appliquer à l'observation de Desmonceaux (voy. la 2[me] période).

Le liniment préconisé par M. Weller, et auquel il attribue des effets beaucoup trop avantageux, se compose d'un mélange de liniment ammoniacal, de laudanum de Sydenham et d'huile essentielle de sabine.

1827. — Heusinger.

(*Journal de physique organique* (en allemand). Vol. I, p. 60.

Cette observation anatomique a été citée à tort par plusieurs personnes comme un cas de glaucôme ; c'est d'une hydropisie sous-choroïdienne qu'il s'agit. Comparez à ce sujet ce que nous dirons à propos du mémoire de M. Schroeder van der Kolk (1841).

1828. — Schoen (M.-J.-A.)

Anatomie pathologique de l'œil humain. Hambourg. 8°. p. 254. (En allemand.) Cet ophthalmologiste distingué adopte l'opinion générale sur l'opacité du corps vitré comme cause du glaucôme, mais sans posséder lui-même des observations d'anatomie pathologique sur ce point.

1831. — Canstatt et Sichel.

En 1831, mon excellent ami Canstatt, plus tard mon actif collaborateur à Paris, maintenant médecin cantonal à Ansbach, en Bavière, et auteur d'un grand nombre de mémoires et d'ouvrages d'ophthalmologie et de médecine générale très-favorablement accueillis par les critiques et le public médical, Canstatt, dis-je, publia à Wurzbourg sa thèse inaugurale sur le *fongus médullaire de l'œil et l'œil de chat amaurotique.* Cet opuscule, riche en érudition et en aperçus neufs, auquel malheureusement l'auteur, pressé par le temps, ne pouvait donner toute l'étendue désirable, se termine (p. 62 à 93) par une lettre de moi adressée à sa demande à l'auteur et contenant mes opinions et mes observations sur la matière, beaucoup modifiées depuis par l'expérience et les recherches de onze années. Nos opinions sur le glaucôme s'y trouvent également exposées ; elles avaient, sinon une identité complète, au moins une très-grande analogie. Tous les deux, et sans connaître le passage cité d'Autenrieth, nous regardions la cho

roïde comme l'organe primitivement et principalement malade par suite de sa phlegmasie, et nous cherchions dans sa couleur, devenue plus ou moins bleuâtre, l'élément essentiel de l'opacité verdâtre du fond de l'œil (p. 46; p. 88). Mais Canstatt regardait comme circonstance coefficiente la teinte gris-jaunâtre de la rétine (p. 46); moi, au contraire, la teinte jaune (p. 89) ou jaune-rougeâtre du corps vitré tirant même quelquefois sur le brun (p. 88). Je ne connaissais point encore alors la teinte généralement jaunâtre que le cristallin prend chez l'homme vers l'âge de 40 ans, tandis que je signalais la cataracte verte opérable et la teinte jaune-rougeâtre qu'elle présente après son extraction (p. 92). J'y ai en outre déposé les assertions suivantes que je maintiens encore aujourd'hui : « Le corps vitré et l'hyaloïde me semblent peu affectés dans le début du glaucôme ; ce n'est que secondairement que dans le dernier degré de la maladie (et je doute que la goutte seule en soit la cause) il se fait une décomposition et une dissolution du corps vitré (synchysis) (p. 88).... La rétine ne souffre que consécutivement (p. 89). L'hyaloïdite des auteurs n'est qu'une choroïdite (p. 90). »

En 1835, Canstatt a donné une nouvelle édition entièrement refondue de son travail sous le titre suivant : *Mémoire ophthalmo-pathologique sur les obscurcissements du fond de l'œil*. Bruxelles. 8°.

A cette occasion je rétablirai une erreur commise par M. Chélius dans le second volume de son ouvrage (*Traité pratique d'ophthalmologie*, § 242, p. 196, trad. française p. 185) qui m'attribue une absurdité qu'il fait ressortir par un point d'exclamation : « Mais la choroïde était toujours plus ou moins dégénérée [dans le glaucôme], ce qui est déjà manifesté par l'état variqueux des vaisseaux de la sclérotique et le staphylôme des vaisseaux de la sclérotique. (!) » J'ai dit (p. 88) : « Dans mes dissections d'yeux glaucômateux j'ai toujours trouvé la choroïde plus ou moins désorganisée, ce qui d'ailleurs est déjà manifesté sur le vivant par des varicosités des vaisseaux de la sclérotique et de la conjonctive, et, dans une période plus avancée, si la maladie ne s'arrête point, par la formation de staphylômes de la choroïde qu'on a aussi appelés [à tort] des staphylômes de la sclérotique. » On voit qu'il y a loin de mes paroles à la citation de M. Chélius, citation sans doute défigurée par une faute typographique que les traducteurs n'ont point corrigée.

Disons, pour n'oublier personne, que Canstatt dit avoir trouvé,

pendant l'impression de sa thèse, une opinion semblable à la sienne dans la dissertation de Kommer (*Pathologia corporis vitrei in oculo humano*, Halae, 1822), ouvrage que je n'ai pu me procurer.

Ce n'est qu'en 1837 que nous avons développé notre opinion sur l'origine de l'opacité verte du fond de l'œil dans le glaucôme telle qu'elle est aujourd'hui. (Voir mon *Traité de l'ophthalmie*, et le texte de ce mémoire.)

1831. — Fabini (J.-Th.)

(*Doctrina de morbis oculorum*. Pesthin. Ed. II, 8°. p. 231.)

« Le glaucôme est l'obscurcissement du corps vitré et de la membrane hyaloïde.... L'élasticité normale du globe est remplacée par une dureté presque pierreuse. » [Aucun auteur n'a autant exagéré l'augmentation de la consistance de l'œil!] « Le glaucôme se développe quelquefois sur des personnes parfaitement bien portantes et sans aucune cause connue. » [Très-vrai, bien que le cas soit rare.] « L'hyalite est presque toujours la cause. ».... (p. 232.) « L'hyalite se présente ou seule ou jointe à l'iritis arthritique. » ...

Parmi les moyens externes M. Fabini cite aussi la chaleur sèche.

1832. — Guttentag.

Quelques observations sur le glaucôme (dans le Compte-rendu des travaux de la Société pour la culture patriotique en Silésie pendant 1832. Bresl. 1833. 4. p. 80). Je ne connais cet article que par une citation de M. Prinz (*Ammon's Zeitsch. für die Ophthalmol.*, v. III, p. 371, note 14) qui classe l'auteur parmi ceux qui regardent le glaucôme comme consécutif à la choroïdite; cette dernière causerait en même temps les changements dans le corps vitré.

1832. — Juengken.

Jüngken, *Traité des maladies des yeux* (en allemand.) Berlin. (1re édition 1832.) 2e éd. 1836. p. 565. § 7. « Le glaucôme est une opacité du corps vitré produite par exsudation; cette opacité est la terminaison d'une hyalite chronique. La rétine souffrant toujours sympathiquement pendant l'inflammation du corps vitré, l'invasion simultanée de l'amaurose s'explique par cela. . . . . . L'opacité est uniforme, quel que soit le côté d'où l'on fait l'in-

spection de l'œil. [Ceci est parfaitement conforme à mon expérience, quoique Autenrieth (1807) et M. Andreae (1837) ainsi que quelques autres auteurs aient eu des opinions plus ou moins divergentes. On devra seulement remarquer que pour bien voir l'opacité dans toute son étendue il faut avoir soin de porter la tête d'un côté à l'autre et de l'arrêter dans différentes positions.] (Voir 1837. Andreae.)

P. 566. Quelquefois la cataracte glaucômateuse se forme en même temps que le glaucôme, la phlegmasie s'étendant en même temps sur l'hyaloïde et la capsule du cristallin.

Nous avons déjà dit que l'observation sur le vivant autant que des dissections nombreuses nous ont prouvé que l'opacité de la capsule, dans la cataracte glaucômateuse, est exceptionnelle et rare. Toute inflammation du corps vitré peut donner lieu à la formation du glaucôme (p. 567). Rarement le glaucôme se montre comme terminaison d'inflammations idiopathiques du corps vitré, parce que celles-ci, d'ordinaire, ont une marche rapide et se terminent en suppuration. Le plus souvent le glaucôme est le produit d'inflammations arthritiques du corps vitré.

[M. Jüngken s'est occupé davantage de la clinique des maladies oculaires, que de leur anatomie pathologique. Ceci explique comment un homme d'un esprit aussi élevé et d'une si vaste expérience ait pu tomber dans une erreur aussi manifeste que nous croyons avoir suffisamment réfutée.]

Dans le *Dictionnaire de chirurgie* de Rust, vol. 7, 1832, le même ophthalmologiste a également traité l'article glaucôme. Voici quelques points que nous en extrayons, parce qu'ils ne sont pas dans son Traité d'ophthalmologie.

P. 718. Il donne les synonymes vicieux de glaucedo et oculus caesius, d'après Guillemeau et les anciens. Il fait dériver le nom de la maladie « de glaucos, caesius, vert bleuâtre, bleu verdâtre. » M. Jüngken, dans le Dictionnaire (p. 719) distingue trois espèces de glaucôme, savoir : le glaucôme *arthritique*, *rhumatismal* et *syphilitique*. « Le glaucôme *arthritique* est de beaucoup le plus fré-
« quent ; il se caractérise très-particulièrement par la belle cou-
« leur vert de mer et par la pupille ovalaire et dilatée, puis par
« les caractères de l'affection arthritique de l'œil, tels que les
« varicosités de la conjonctive et le cercle bleuâtre autour de la
« cornée. Les deux yeux sont d'ordinaire affectés ensemble ou au
« moins l'un bientôt après l'autre. De violentes douleurs arthriti-

« ques de la tête ont d'ordinaire précédé pendant des années, et « des douleurs lancinantes dans le voisinage des yeux, augmen« tant et diminuant d'après les variations de la température at« mosphérique, accompagnent la maladie. Le glaucôme rhumatis« mal présente une pupille également dilatée, mais assez ronde, « non ovalaire; l'iris conserve encore un peu de mobilité, mais « la pupille ne se resserre pas convenablement. L'opacité n'a pas « une couleur vert de mer aussi belle et se présente plutôt grise, « ne tirant que peu sur le vert. Des douleurs rhumatismales dans « d'autres parties ont précédé et souvent ce glaucôme est le pro« duit d'une métastase sur l'hyaloïde. Les douleurs sont peu con« sidérables et d'ordinaire ne consistent que dans une pression « obtuse et dans la sensation d'une tension et d'une plénitude du « globe oculaire, augmentant aux changements subits de tempé« rature. Les symptômes sont plus variables, surtout lors du com« mencement de la maladie, et quelquefois ils présentent quelque « rémission, lorsque des douleurs rhumatismales remontent sur « d'autres parties dans le voisinage des yeux. Le glaucôme syphi« litique est le plus rare; la couleur du corps vitré est semblable « à celle qu'il a dans le glaucôme rhumatismal; seulement dans « le fond de l'œil l'opacité est d'un gris châtoyant; mais ce qu'il « y a de caractéristique, c'est le tiraillement concomitant de la « pupille immobile et formant un angle placé en haut et en de« dans, et les douleurs ostéocopes nocturnes qui accompagnent « ce glaucôme. Quelquefois on trouve aussi d'autres altérations « organiques, comme des nodosités et des exostoses. Dans le glau« côme arthritique l'usage du decoctum de Zittmann et en été « l'usage de l'eau de Karlsbad montrent le plus d'utilité.» [L'usage de ce decoctum a été recommandé dans la goutte par M. Janh dans *Horn's Archiv.* 1827, p. 978.] « Le glaucôme rhumatismal « s'amende quelquefois par l'usage du calomel à haute dose, ac« compagné d'un régime sudorifique et du séjour au lit. Le glau« côme syphilitique nécessite l'emploi des onctions mercurielles « et du *cura famis*, d'après la méthode de Louvrier, modifiée par « Rust; tous les autres traitements mercuriels sont inutiles. » Rien de plus arbitraire que cette division des glaucômes; aucun des signes distinctifs indiqués par M. Jüngken n'existe dans la nature. Sur un nombre extrêmement grand de glaucômes que j'ai malheureusement pu observer, toujours j'ai vu le fond de l'œil vert, mais d'un vert plus ou moins foncé, à la vérité plus ou

moins pâle ou grisâtre, plus ou moins mélangé avec l'éclat jaune particulier, mais cela s'explique très-facilement par la désorganisation plus ou moins avancée de la choroïde, par les différentes nuances de la teinte jaune du cristallin et son plus ou moins de transparence ou d'opacité, phénomènes qui sont tout à fait indépendants des causes productrices de la maladie. Jamais je n'ai vu le moindre symptôme de complication du glaucôme avec l'iritis syphilitique, même chez les personnes autrefois affectées de syphilis. M. Jüngken lui-même semble avoir reconnu ce que sa division a de chimérique; car elle n'existe que dans le *Dictionnaire* de Rust (1832) et non pas dans la première édition du *Traité des maladies des yeux* (également 1832, mais probablement antérieure au *Dictionnaire*), et elle a disparu dans la dernière édition de ce *Traité* (1836).

1832. — Fischer.

J. N. Fischer, *Klinischer Unterricht*, etc. (Cours clinique d'ophthalmologie.) Prague, 1832.

P. XLI. « La vision est meilleure le matin. » Plusieurs auteurs ont indiqué cette circonstance qui n'est qu'exceptionnelle et se rapporte plutôt à la période des prodrômes, à certaines amauroses qui précèdent le glaucôme. « Dans le glaucôme qui débute sans symptômes inflammatoires et où l'ophthalmie arthritique ne se développe que plus tard, la cornée prend un aspect flasque (voy. aussi p. 227) et quelquefois gélatineux. Ces phénomènes et quelques autres font croire que la maladie est une phlébite oculaire. » La flaccidité et l'état gélatineux de la cornée ne se sont jamais présentés à mon observation. La maladie dans son ensemble présente tous les caractères d'une choroïdite chronique, quelquefois presque latente et qu'on ne reconnaît que par une analyse attentive des symptômes. Cette opinion est développée avec beaucoup de soins et de détails aux pages 238 et suivantes. L'auteur croit que le système veineux oculaire est principalement enflammé dans le glaucôme, parce que le système veineux dans sa totalité et surtout celui des organes abdominaux est presque toujours affecté chez les malades glaucômateux. Il dit même expressément (p. 225) que l'ophthalmie arthritique et le glaucôme se distinguent essentiellement de la choroïdite idiopathique. Bien qu'il y ait une sympathie positive de structure et de fonctions entre la choroïde et le système veineux abdominal et que la choroïdite, source constante

du glaucôme, se montre principalement chez les personnes disposées aux irrégularités dans la circulation du système de la veine porte et à la pléthore abdominale (Sichel, *Traité de l'ophthalmie*), aucune donnée pathologique ou anatomique positive ne prouve l'existence de la phlegmasie des *seules veines* oculaires dans le glaucôme ou dans une autre affection de l'organe de la vision. Les dissections les plus minutieuses au contraire m'ont montré que la choroïde est enflammée dans *l'ensemble des éléments* qui entrent dans son tissu, bien qu'elle ne le soit *pas toujours dans toute son étendue*, et que la choroïdite fait la base de l'ophthalmie veineuse (arthritique et abdominale des auteurs) et du glaucôme. Ce qui a principalement motivé l'opinion de M. Fischer, opinion qui, je crois, lui appartient en propre, c'est que, d'accord avec un grand nombre d'auteurs, il regarde comme de véritables *varices* des veines de la choroïde, les *staphylômes* de cette membrane. Or cette opinion est manifestement erronée. Il n'y a pas la moindre analogie entre les varices des veines et les staphylômes de la choroïde. Ces derniers, comme je crois l'avoir prouvé suffisamment par le résultat de dissections nombreuses, ne sont que la suite de l'adhérence entre la choroïde, la sclérotique et quelquefois même la rétine et de l'amincissement de ces membranes. La théorie de M. Fischer est entièrement dépourvue d'une base anatomique.

Quant à l'anatomie pathologique du glaucôme et à l'explication de l'opacité verte, M. Fischer ne s'en est point occupé. Il semble cependant rapporter cette dernière au corps vitré ou à son enveloppe séreuse, à en juger d'après le passage suivant (p. 244; en bas) : Dans un cas d'ophthalmie arthritique avec commencement ou menace de glaucôme, « nos efforts devaient tendre avant tout à éteindre les symptômes de phlegmasie interne, *afin de prévenir l'opacité de la membrane hyaloïde ou de l'arrêter.* »

Un nombre d'observations détaillées et fort bien faites, viennent (p. 223 à 246) à l'appui des idées générales de M. Fischer. Ces observations n'ajoutant rien de nouveau à ce qui a été dit jusqu'ici, nous n'en extrairons que les points les plus essentiels.

L'auteur rapporte (p. 223, en bas, et 226, en bas, et 243) trois cas de glaucôme chronique où l'œil le dernier et le moins affecté présentait dès le début de la maladie un commencement d'opacité verdâtre, lorsque, chez deux des malades, la pupille n'était encore que très-peu dilatée; chez la troisième la maladie présentait plu-

tôt les symptômes d'une iritis arthritique de l'œil affecté le dernier, et accompagné plus tard d'un commencement d'obscurcissement gris-verdâtre de la pupille. Les détails manquent sur la terminaison de la maladie dans le premier de ces cas ; dans le second, l'œil malade le dernier, après une amélioration de cinq mois de durée, est devenu complétement aveugle. Dans le troisième, l'amélioration très-notable de l'état de l'œil non encore affecté de cécité ne s'est point démentie après trois ans, mais je doute fort qu'elle ait persisté après la ménopause. La malade avait 39 ans lorsqu'elle vint réclamer les soins de M. Fischer ; il est étonnant que, dans une observation très-complète et comprenant l'espace de quatre mois, un aussi excellent observateur, qui lui-même cite les années climatériques parmi les causes générales de cette maladie (p. XLI, et 231), n'ait fait aucune mention de l'état des fonctions menstruelles, et cela malgré l'âge de la malade et une affection goutteuse et abdominale des plus prononcées !

M. F. dit lui-même que le glaucôme se développe tôt ou tard sur l'œil resté sain le dernier (p. 236, en bas) ; « je connais plusieurs individus qui, affectés de cécité glaucômateuse depuis huit à quinze ans, ont conservé la parfaite intégrité de l'autre œil, sans s'être soumis à un traitement particulier. Mais, » ajoute-t-il lui-même, « de pareils cas ne sont toujours qu'une exception heureuse fort rare de la triste règle. » J'ai vu plusieurs cas d'une longue immunité du congénère de l'œil glaucômateux, mais aucun d'une aussi longue que ceux cités par M. F. ; et toutes les fois que j'ai pu revoir le malade plus tard je l'ai trouvé complétement aveugle de l'autre œil, soit par un glaucôme, soit par une amaurose.

Sur ses succès dans cette funeste maladie, M. F. s'exprime avec la prudence d'un praticien expert (p. 237) : « Plusieurs fois je crois avoir arrêté dans son développement ultérieur le glaucôme qui ne débutait que sous la forme d'amblyopie glaucômateuse simple, sans commencement de désorganisation, et je crois avoir conservé la vision des malades dans ces cas.

« J'ai observé plusieurs fois sur des femmes en apparence bien portantes et encore régulièrement menstruées, des glaucômes développés sans douleur et même sans congestion sanguine sensible ; chez ces personnes il y avait cependant toujours certaines circonstances qui indiquaient plus ou moins une pléthore veineuse des vaisseaux abdominaux. » (p. 232.) Nous regrettons que cet ex-

cellent observateur n'ait point rapporté un seul de ces cas, ni indiqué approximativement l'âge de ces femmes, notre expérience étant sur ce point, nous le répétons, en opposition formelle avec la sienne et celle de M. Rosas.

L'auteur remarque que quelquefois un obscurcissement temporaire et périodique, devenant de plus en plus intense et permanent, précède le glaucôme. (p. 284.) Nous avons fait la même observation pour le glaucôme et l'amaurose. Ce sont, pour le premier, de légers accès passagers de choroïdite, qui quelquefois se présentent sous la forme névralgique.

M. F. a vu l'iris, dans un cas, recouvert d'un nombre extraordinaire de vaisseaux variqueux (p. 230), un autre « changé en un réseau gris-sale d'un aspect fort joli, semblable à une toile d'araignée épaisse, à travers laquelle on entrevoyait très-distinctement la cataracte glaucômateuse jaune. » (p. 246.) La pression de la cataracte très-volumineuse et mise en contact immédiat avec la surface postérieure de la cornée (p. 244) avait sans aucun doute amené cette singulière usure du tissu iridien.

Soixante-seize glaucômes, dont trente-huit accompagnés de cataracte, se sont présentés, dans l'espace de dix ans, à la clinique ambulante de M. F. Le nombre que j'en ai vu dans une époque pareille est infiniment plus considérable, circonstance très-facile à expliquer par la grande différence entre les populations de Prague et de Paris. Si on joint à cela les masses d'individus glaucômateux vus par MM. Benedict, Jaeger, Jüngken, Mackenzie, Rosas, Walther, etc., on verra facilement que ceux qui ont proclamé le glaucôme une maladie rare ou n'ont pas vu beaucoup de maladies oculaires en général, ou n'ont eu qu'une connaissance fort imparfaite du glaucôme.

Parmi les causes du glaucôme, M. Fischer compte *les scrofules* (p. XLI). Je n'ai pas vu que le glaucôme fût plus fréquent sur des personnes lymphatiques ou scrofuleuses, bien que la choroïdite se montre en général assez fréquemment chez elles. M. F. luimême modifie et explique ses paroles (pag. 236) par celles de : « *scrofules dont les malades ont été atteints dans leur enfance*, » ce qui est plus vrai. (Comparez plus loin, 1837, Andreae.)

Nous avons mis un soin particulier à rapporter tout ce que le livre si éminemment pratique du professeur de Prague contient sur notre sujet. Qu'on nous permette de terminer par quelques extraits sur la thérapeutique qui, en général, se rapportent p u-

tôt à la période inflammatoire, à la choroïdite et à l'ophthalmie veineuse, causes du glaucôme, qu'à cette maladie elle-même ou à sa période de désorganisation.

Dans la période des symptômes précurseurs, de la simple pléthore abdominale, M. F. donne la préférence aux eaux minérales naturelles de Karlsbad et de Marienbad (en Bohème), prises à la source, « en disant que pendant leur usage il se fait de véritables excrétions critiques. » (p. 237.) La plupart des praticiens allemands partagent sous ce rapport son avis.

« Plusieurs fois j'ai vu des congestions de sang aux organes supérieurs du corps, opiniâtres, mais non accompagnées de fièvre, céder rapidement à l'usage interne de la sabine (sur l'usage de la sabine dans ces cas et les affections analogues, voy. *Horn's Archiv*, etc. 1824, juill., p. 13) et plus souvent encore à celui de l'extrait gommeux d'aloës. » Je me suis servi fréquemment de ces moyens, en général avec un bon succès, qui cependant n'a pas souvent été *rapide*.

« Les émissions sanguines se font le mieux par des sangsues appliquées derrière l'oreille ou par des ventouses scarifiées au-dessous de la nuque » (p. 242). En général dans les phlegmasies oculaires nous préférons les saignées déplétives et directes à celles qui sont simplement dérivatives ou révulsives. Dans le glaucôme et la choroïdite, surtout quand elle est chronique, nous employons ce moyen parce qu'il y a le plus souvent une complication de pléthore abdominale; cependant nous donnons la préférence aux applications de sangsues à l'anus et de ventouses scarifiées aux extrémités inférieures ou à la région lombaire, et aux petites saignées du pied. Nous faisons alterner ces moyens avec des applications de sangsues ou de ventouses scarifiées aux tempes, aux apophyses mastoïdes, à la nuque et entre les épaules.

« Un à deux grains (5 à 10 centigr.) d'opium ou un quart de grain (1 centigr. environ) d'acétate de morphine, l'huile de cajéput ou l'huile volatile d'herbe de sabine mêlée avec de l'huile de pavot, frictionnés sur les endroits douloureux, nous ont souvent rendu les services les plus efficaces; nous avons également trouvé d'un effet salutaire le liniment indiqué par M. Weller. »

1833. — W. Lawrence.

Diseases of the Eye. Lond. 8°. p. 392.

« L'humeur vitrée n'est pas originairement et essentiellement

« le siége du glaucôme : nous pouvons aller plus loin et conclure
« que des affections différentes sous quelques rapports sont com-
« prises sous ce nom......, p. 393. D'après les dissections, les phé-
« nomènes du glaucôme doivent être rapportés à l'état patholo-
« gique de la choroïde et de la rétine ; et la réflexion de la
« lumière sur les surfaces qui ont subi cette altération morbide,
« particulièrement si le cristallin avait commencé à présenter le
« changement en couleur de succin qui a lieu dans l'âge avancé,
« expliquera suffisamment le changement de couleur derrière la
« pupille. »

Voici encore une imposante autorité à l'appui de notre opinion. Il ne sera point inutile de faire observer que l'ouvrage de M. Lawrence est postérieur à la première édition de celui de M. Mackenzie, et que cette première édition elle-même, si ma mémoire m'est fidèle (car je ne l'ai pas en ce moment à ma disposition), est postérieure à la thèse de mon ami Canstatt.

(*La suite et fin au prochain n°.*)

DESCRIPTION D'UN NOUVEAU BLÉPHAROSTAT ;

Par le docteur Van den Broek, officier de santé attaché à la garnison de Breda (Hollande).

La strabotomie, qui, depuis bientôt trois années, a si fortement occupé les ophthalmologues, a dû nécessairement amener le perfectionnement des moyens destinés à maintenir les paupières écartées et immobiles, condition indispensable pour le succès de cette opération.

Une foule d'instruments, imaginés à cet effet, n'ont vu le jour que pour tomber immédiatement dans l'oubli.

Le premier dont l'utilité a été reconnue, parce qu'il produisait un écartement suffisant des angles oculaires, est celui dont M. Florent Cunier a donné la description dans la livraison d'octobre 1840 de ses *Annales d'Oculistique*.

Peu de temps après, M. Ruychaver, chirurgien à Rotterdam, fit connaître dans un journal néerlandais, *Kunst-en Letterbode voor*

het jaar 1841 (n° 23) une modification apportée par lui au spéculum de M. Cunier. Son instrument, dont le dessin a été donné par les *Annales d'Oculistique* (vol. VI, liv. 6) produit, à son avis, un écartement des angles palpébraux, plus marqué que celui obtenu par l'instrument de M. Cunier. Avec ce dernier, le point d'appui devait être pris sur la pommette; M. Ruychaver a porté la tige de son spéculum sur le front, et l'y fait fixer par la main d'un aide; on n'a pas ainsi à craindre l'embarras qui peut survenir dans les cas de mouvements désordonnés et inattendus de la part de l'opéré.

Vers l'époque où écrivait M. Ruychaver, un Anglais faisait subir au spéculum de M. Cunier, une modification d'un autre genre, (voyez fig. 1); il conserva les deux valves recourbées (*aa*), mais il les monta sur un fil d'argent, recourbé sur lui-même, de manière à produire un entrecroisement (en *b*) des deux branches qu'il formait. Comme dans celui de M. Cunier, les deux valves s'écartaient par la pression et les paupières étaient maintenues écartées par l'indicateur placé dans l'angle interne *a b a* de l'entrecroisement.

Cet instrument se recommandait par son peu de poids, et par la simplicité de sa construction. Mais il occupait toujours la main d'un aide, et pour peu que celui-ci ne fût pas exercé, on était exposé à voir surgir des difficultés que l'opération ne doit pas présenter.

Quoi qu'il en soit, cette modification suggéra à M. Cunier l'idée de donner à son spéculum la forme d'une pince à sucre. Le blépharostat, tel qu'il est représenté, fig. 1 bis, est composé d'une plaque d'argent, repliée sur elle-même et garnie à ses extrémités de deux valves qui s'engagent sous les paupières; la plaque d'argent formant ressort, écarte alors les deux valves, éloigne les deux paupières l'une de l'autre, sans le secours d'un aide.

Les conditions d'écartement se trouvaient ainsi parfaitement remplies; mais les valves ne s'introduisaient pas toujours aisément sous les paupières, et occasionnaient souvent des douleurs assez aiguës. En les remplaçant par une tête de l'abaisseur de Dieffenbach, placée à chaque extrémité du ressort (voyez cette tête *a b c*, fig. 2), cet inconvénient disparut.

Tous les avantages désirables paraissaient obtenus; on ne tarda cependant pas à perfectionner encore ce blépharostat. habile-

ment exécuté, en février 1841, par M. Oscé, fabricant d'instruments de chirurgie à Bruxelles.

Les figures 3, 4, 5, le représentent tel qu'il a été modifié par M. Luër, habile fabricant d'instruments de chirurgie à Paris; il est figuré isolé et appliqué; ses dimensions exactes ont été conservées, comme pour celui fig. 2 (1).

La plaque d'argent a été remplacée par un fil du même métal, ou d'argent nickel, de 2 millimètres de diamètre. Ce fil est recourbé deux fois sur lui-même en *a*, et y figure un anneau (*a*) dont les extrémités présentent une double courbure en forme de S (*b b*) et se prolongent ensuite en divergeant. La forme de l'instrument se rapproche ainsi de celle d'un cône tronqué; les parties antérieures écartées, en forment la base. L'anneau et les deux courbures en forme de S, constituent le ressort qui tient écartées les deux terminaisons du fil.

Vers le milieu de la distance qui sépare la courbure, en S, de l'extrémité destinée à être engagée sous les paupières, se trouve une seconde courbure, horizontale (*c c*), qui sert de point d'appui au pouce et à l'indicateur, pour l'application de l'instrument. A partir de cette courbure, le fil s'avance dans la même direction qu'auparavant, se reporte obliquement en bas et en dedans, puis en bas et en dehors, pour former une courbure (*d d*) à concavité extérieure. Il se dirige alors en avant dans sa partie *e e*, pour se recourber en *f f* et se terminer par un crochet mousse *g g*. Du milieu de la partie *e e*, s'élève un second crochet mousse *h h*, offrant la même direction que celui *g g*, et comme la courbure *d d* est située dans le même plan que les deux crochets, elle en constitue un troisième.

Supposons que l'on veuille appliquer ce blépharostat à l'œil gauche, on le comprime avec le pouce et l'indicateur de la main droite placés sur les courbures *c c*; on réduit ainsi l'écartement des deux extrémités, qui sont successivement engagées l'une sous la paupière supérieure, maintenue par l'indicateur de la main gauche, l'autre sous l'inférieure, que l'on abaisse avec le pouce.

(1) La fig. 3 représente l'instrument vu de face, afin de donner les dimensions exactes de toutes ses parties; la fig 4 fait voir l'instrument appliqué. La fig. 5 est destinée à donner une idée exacte des courbures.

Chaque branche est longue de 6 centimètres; l'anneau formant ressort à 1 centimètre de diamètre; les deux extrémités de l'instrument sont écartées de 3 centimètres.

Les crochets mousses *f f*, *k k*, reposent ainsi sur le bord libre des paupières ; on diminue progressivement la pression, jusqu'à ce que l'instrument abandonné à lui-même, ses deux extrémités s'écartent par l'effet du ressort, et éloignent les paupières l'une de l'autre, maintenant la supérieure contre l'arcade orbitaire, l'inférieure au-dessous et en avant du rebord inférieur (voy. fig. 4.)

Pour appliquer l'instrument sur l'œil droit, il faut se placer derrière le malade, et relever la paupière supérieure du pouce, abaisser l'inférieure de l'indicateur de la main gauche.

Cet instrument est préférable à celui figure 2, imaginé par M. Cunier, en ce qu'il ne provoque aucune douleur. Ce dernier pèse 3 gros 12 gr.; celui-là ne pesant que 58 gr., peut-être supporté pendant beaucoup plus de temps qu'il n'en est besoin pour l'opération; le peu de surface qu'il présente ne gêne en aucune façon l'opérateur. Si l'autre basculait facilement, celui-ci se maintient fixé d'une manière solide, quelque brusques et inattendus que soient les mouvements de l'opéré. Il exempte donc certainement du concours d'un aide destiné à diriger l'écartement palpébral.

Non-seulement le même blépharostat peut servir pour les deux angles d'un même œil, en l'appliquant en sens inverse, mais un même instrument suffit pour les deux yeux, ce qui n'était pas le cas pour l'instrument primitif de M. Cunier (*Ann. d'Ocul.*, octobre 1840). Enfin M. Bonneels, de Bruxelles, fait payer ce dernier 24 fr.; le blépharostat dont la description vient d'être donnée ne coûte que 4 francs chez M. Oscé.

La force de l'instrument produisant le plus d'écartement dans ses extrémités, il s'ensuit que les angles des yeux où ces extrémités sont appliquées, sont éloignées le plus possible, et que les parties sur lesquelles on doit opérer sont suffisamment mises à découvert.

Je ne m'arrêterai pas à décrire les avantages que ce blépharostat présente tant pour la strabotomie, que pour beaucoup d'autres opérations qui se pratiquent sur l'œil.

Muni de cet instrument, qu'il appelle avec raison *la clef de l'opération*, j'ai vu, en septembre 1841, M. Cunier terminer l'opération du strabisme en moins de deux minutes, avec le secours d'un seul aide, qui fixait la tête du malade contre la poitrine, et à qui était en même temps confiée l'une des airignes destinées à former le pli conjonctival. Une fois le blépharostat appliqué, on n'a

plus à s'en occuper que pour le retirer, lorsque l'opération est terminée. On abaisse alors la paupière inférieure ; la branche engagée au-dessous une fois libre, celle passée sous la paupière inférieure est retirée.

Si ce blépharostat, dit de Kelley-Snowden, est d'un grand secours dans la strabotomie, les services qu'il rend dans l'extraction de la cataracte et des corps étrangers fixés dans la cornée ou la sclérotique, ainsi que dans l'opération de la pupille artificielle, sont inappréciables. La difficulté de fixer l'œil est, dans ces cas, une cause incessante de non-réussite. La conduite tenue par M. Cunier pare efficacement à cet inconvénient. Le blépharostat étant appliqué, ce chirurgien rend l'œil immobile en accrochant la conjonctive scléroticale avec une airigne ou des pinces; il passe alors à son aise à l'opération de la cataracte par extraction, comme à la formation de la pupille artificielle, ou à l'extraction des corps étrangers, etc.

Breda, 10 janvier 1842.

VARIÉTÉS.

A NOS ABONNÉS.

Nous distribuons aujourd'hui le premier fascicule du 2e volume supplémentaire des *Annales d'Oculistique.*

Notre savant et zélé collaborateur, M. le docteur Guépin, de Nantes, a voulu faire don à chacun de nos abonnés d'un exemplaire de son *Mémoire sur la pupille artificielle*, qui a été imprimé à ses frais. — Nous prions M. Guépin de vouloir bien recevoir ici l'expression de notre reconnaissance pour la marque de haute estime qu'il accorde à notre publication.

Nous avons joint au mémoire de M. Guépin, les *Nouveaux aperçus sur la physiologie de la vision et sur quelques phénomènes remarquables de la vision binoculaire* (1), de Charles Wheatstone, et les *Recherches de M. Rognetta sur les lunettes.*

(1) Avec deux planches lithographiées.

Ces trois travaux réunis constituent le premier fascicule du 2e volume supplémentaire des *Annales d'Oculistique*.

Nous l'avons dit dans notre prospectus (vol. I, pag. 3), notre œuvre n'est pas une œuvre de spéculation ; le produit des abonnements a été et sera toujours entièrement absorbé.

Un excédent de recettes nous a permis, il y a quelques mois, de donner sous le titre de *Revue ophthalmologique de la littérature médicale des années 1840 et 1841*, un premier volume supplémentaire. — L'accueil bienveillant que la presse médicale a fait à ce travail, qui nous est commun avec M. le docteur Fleussu, l'utilité reconnue, proclamée, d'une semblable revue, nous ont engagé à nous mettre de nouveau à l'œuvre. En janvier 1843 paraîtra la *Revue ophthalmologique de la littérature médicale de l'année 1842* ; cette *Revue* constituera le *deuxième fascicule* du 2e volume supplémentaire.

Mais nos ressources ne nous permettent pas de faire don de cette *Revue*, qui formera un volume de 200 à 300 pages. Le prix en sera de quatre francs.

Nous prions ceux de nos abonnés qui ne voudraient point la recevoir, de nous en informer sans retard ; nous considérerons leur silence comme un assentiment donné à notre proposition.

Les adhésions au congrès scientifique de France, qui s'ouvrira à Strasbourg le 28 septembre, sont déjà fort nombreuses. Nous remarquons parmi les médecins qui se sont fait inscrire, MM. Sichel, Pamard (d'Avignon), Guépin (de Nantes), Hairion (de Louvain), Scherrer (de Baden-Baden), collaborateurs des *Annales d'Oculistique*. MM. Bonnet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, Vleminckx et Cunier (de Bruxelles), y assisteront également ; MM. D'Ammon (de Dresde), Chélius (de Heidelberg), s'y rendront probablement aussi.

La proposition de M. Guépin de former une section ophthalmologique pourra donc, sans aucun doute, être mise à exécution.

— L'abondance des matières nous force de renvoyer au prochain numéro, l'insertion de notre notice sur la vie et les écrits de van Onsenoort.

ANNALES

D'OCULISTIQUE.

Tome VII. — 4e livraison. — Juillet 1842.

DES MUSCLES ET DES APONÉVROSES DE L'ŒIL;

Par le docteur A. Bonnet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

§ I. Description de la capsule fibreuse de l'œil.

La capsule oculaire est formée par une membrane fibreuse, dans laquelle l'œil est reçu comme le gland du chêne dans sa capsule; elle est concave en avant, s'insère autour de l'extrémité antérieure du nerf optique, entoure les deux tiers postérieurs de l'œil sans adhérer intimement à cet organe, et vient se terminer en avant par plusieurs expansions fibreuses, dont la plus apparente est celle qu'elle envoie aux cartilages tarses des paupières et qui en semblent la véritable terminaison.

Pour étudier sur le cadavre ce premier point de ma description, il faut couper l'un des muscles droits comme si l'on pratiquait une opération de strabisme, et à travers l'ouverture faite par cette section, introduire des ciseaux avec lesquels on détache circulairement toutes les insertions des muscles droits aussi près que possible de la sclérotique. Tous ces muscles coupés, l'œil est un peu attiré en dehors; on en sépare les muscles grand et petit obliques à leur insertion scléroticale, et on termine par la section du nerf optique au point où il pénètre dans l'œil. L'extraction de cet organe terminée, on découvre toute la surface interne de la capsule formant avec les cartilages des paupières une cavité ouverte en devant dans laquelle l'œil est reçu. On peut se faire une idée de cette disposition en consultant la figure 1, ci-dessous.

Tous les muscles de l'œil traversent la capsule pour arriver à la sclérotique. Ils ont ainsi deux portions, l'une *extra-capsulaire*, et l'autre *intra-capsulaire*. La première s'étend depuis leur insertion à l'orbite jusqu'à leur passage à travers la capsule, la seconde

depuis la capsule jusqu'à la sclérotique. Ces deux parties sont entourées de gaînes aponévrotiques qui ont leur point de départ à la capsule; les gaînes qui recouvrent la partie intra-capsulaire des muscles vont jusqu'à la sclérotique, à laquelle elles adhèrent, et celles qui sont destinées à leur partie extra-capsulaire se prolongent jusqu'aux os; ces gaînes sont très-minces sur les muscles droits, surtout en arrière; beaucoup plus denses autour des obliques qu'elles accompagnent jusqu'à l'orbite sur lequel elles s'insèrent. Tous les muscles droits et obliques non-seulement adhèrent intimement à la capsule dans les parties où ils la traversent, mais ils adhèrent également aux gaînes que cette capsule leur fournit. Le tendon du grand oblique, entre la capsule et sa poulie de réflexion, est seul entouré d'une gaîne dans laquelle il glisse librement.

On peut reconnaître, au moins en partie, ces dispositions dans la préparation que j'ai indiquée plus haut et dont la figure 1 peut donner une

Fig. 1.



idée. On remarque dans cette figure que la concavité de la capsule est percée de plusieurs trous : ces trous ne se voient pas aussitôt qu'on a fait extraction de l'œil; l'on a même de la difficulté à distinguer alors les extrémités des muscles que l'on vient de couper; mais si on les cherche, et si après avoir saisi leur extrémité on les enlève dans une étendue de quatre à cinq millimètres, on voit la série de trous qui est figurée dans la figure 1 et qui indique le lieu où les muscles traversent la capsule.

En cherchant à enlever les extrémités des muscles pendants à la surface interne de la capsule, on reconnaît sans peine la gaîne fibreuse qui entoure leur partie intra-capsulaire et les adhérences intimes qu'ils ont avec cette gaîne et avec la capsule dans le lieu où ils traversent celle-ci. Une observation qui peut étonner dans cette préparation, c'est que lorsqu'on a découvert le trou qui sert de passage au muscle à travers la capsule, ce trou disparaît dès qu'on cesse de le maintenir ouvert, en saisissant ses bords avec des pinces. Cet effet dépend de ce que la gaîne que la capsule fournit à la

partie intra-capsulaire de chaque muscle se replie sur elle-même et bouche le trou au contour duquel elle prend naissance.

Après avoir fait les observations que je viens d'indiquer à la surface interne de la capsule, on passe à l'examen de sa surface extérieure afin d'étudier les gaînes qui entourent la partie extra-capsulaire des muscles. Celle qui peut être vue le plus aisément est la gaîne du muscle petit oblique. Pour l'étudier, il suffit de mettre ce muscle à découvert sur son côté externe. On voit alors sans peine la membrane fibreuse qui l'entoure et l'insertion de cette membrane au rebord orbitaire autour de celle du muscle. Pour juger des adhérences intimes que le muscle contracte avec la capsule, on met à nu ses fibres musculaires, et on les tire à soi en les saisissant avec des pinces. Dans ces tractions on ne peut déplacer le muscle, bien qu'il soit coupé à son insertion à la sclérotique; toutes les tractions qu'on exerce sur lui se transmettent à la capsule.

Pour achever l'étude des gaînes aponévrotiques qui entourent la partie extra-capsulaire des muscles droits et du muscle grand oblique, on n'a pas besoin de changer de pièce, on enlève la paroi supérieure de l'orbite en laissant intacte l'arcade orbitaire; et après avoir enlevé les graisses de l'orbite, on voit les prolongements que la capsule envoie sur les muscles droits et qui dégénèrent en une toile celluleuse en se rapprochant de l'orbite. En répétant sur les muscles droits les expériences que je viens d'indiquer pour le muscle petit oblique, on reconnaît également les adhérences intimes qu'ils ont contractées avec la capsule et avec la gaîne que celle-ci leur envoie. La même préparation suffit pour vérifier ce que j'ai dit sur les aponévroses qui accompagnent le tendon du grand oblique.

La capsule se termine en avant par deux feuillets : l'un de ces feuillets va à l'œil, en formant le fascia sous-conjonctival et la gaîne de la partie intra-capsulaire des muscles droits; l'autre se rend aux cartilages tarses qui trouvent sur lui leur principale insertion.

La partie libre et antérieure de ces deux feuillets est tapissée par la conjonctive, et l'angle ouvert en devant qu'ils forment en s'éloignant l'un de l'autre, est le lieu sur lequel la conjonctive se réfléchit en passant de la sclérotique aux paupières.

En faisant la préparation qui est représentée dans la figure 1, et qui consiste à enlever l'œil par devant sans intéresser aucun des tissus qui l'entourent, on peut reconnaître de quelle manière la capsule se rend aux paupières.

Pour voir comment elle se prolonge sur le globe de l'œil autour de la cornée, en formant le fascia sous-conjonctival, on enlève la partie postérieure de l'orbite par une coupe perpendiculaire; on extrait l'œil par derrière, en laissant intactes la cornée et la partie de la sclérotique à laquelle s'insèrent les muscles droits; on voit alors distinctement de quelle manière la capsule forme une gaîne aux muscles droits près de leur insertion, et comment toutes ces gaînes sont unies entre elles par un tissu fibreux qu'il est aisé de détacher de la conjonctive placée au devant de lui.

Les rapports de la capsule avec l'orbite sont très-nombreux et importants à connaître. Elle fournit, comme je l'ai déjà indiqué, deux gaînes assez résistantes qui suivent, l'une le muscle petit oblique, et l'autre le tendon de l'oblique supérieur jusqu'à l'orbite auquel elles adhèrent.

Au niveau de la partie supérieure des cartilages tarses, elle se réunit à angle aigu avec les ligaments palpébraux qui, partis des bords supérieur et inférieur de l'orbite, vont se rendre aux paupières. Par suite de cette disposition, les cartilages tarses ont deux insertions à leur face adhérente, l'une aux ligaments palpébraux qui viennent de l'orbite, et l'autre au feuillet le plus antérieur de la capsule fibreuse.

Enfin, les gaînes que celle-ci fournit aux muscles droits interne et externe, envoient aussi deux forts prolongements qui se fixent à l'orbite, au niveau des angles interne et externe des paupières, et que nous retrouverons parfaitement décrits dans leur disposition et bien appréciés dans leurs usages par Ténon, qui les désigne sous le nom de faisceaux tendineux des muscles adducteur et abducteur.

On peut étudier les dispositions que je viens de décrire, par des préparations multipliées; celles qui m'ont paru les plus avantageuses sont les coupes perpendiculaires et transversales de l'orbite, telles que je les ai représentées dans les figures 2 et 3.

On enlève la paroi externe de l'orbite, comme on le voit dans la figure 2, les graisses qui entourent les muscles de l'œil, et l'on dissèque les ligaments palpébraux supérieurs et inférieurs en enlevant la paroi et le muscle orbiculaire qui les recouvre. Quand ces ligaments sont bien isolés on les voit aller de l'orbite aux paupières et se confondre, en arrière des cartilages tarses, avec la partie de la capsule qui se termine aux paupières.

Si l'on fait la coupe transversale de l'orbite qui est représentée dans la figure 3, on voit sans peine les faisceaux tendineux que les muscles droits internes et externes envoient à l'orbite. Ces faisceaux sont de toutes les parties que je viens de décrire celle que l'on peut distinguer le plus aisément.

Pour compléter la description de la capsule et faire l'histoire des observations dont elle a été le sujet, je vais citer les divers auteurs qui en ont parlé, en commençant par un extrait de l'ouvrage de Ténon.

« Il ne serait pas étonnant que l'on cherchât en vain la tunique dont je vais parler, elle est difficile à trouver; il fallait bien que cela fût, puisqu'elle a échappé aux efforts de tant d'anatomistes célèbres qui se sont occupés de recherches sur l'œil. Cette tunique est commune au nerf optique, au globe de l'œil et aux paupières.

Fig. 2.

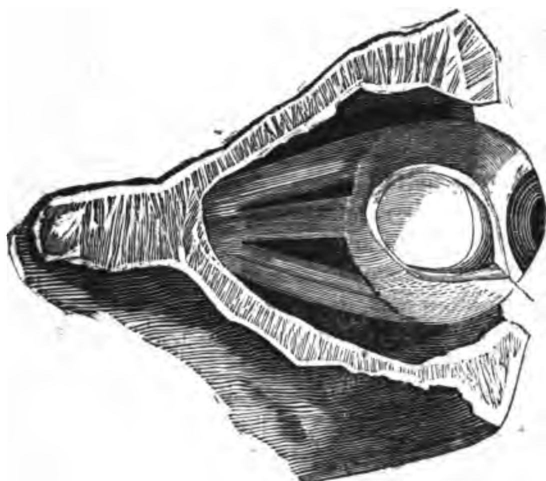
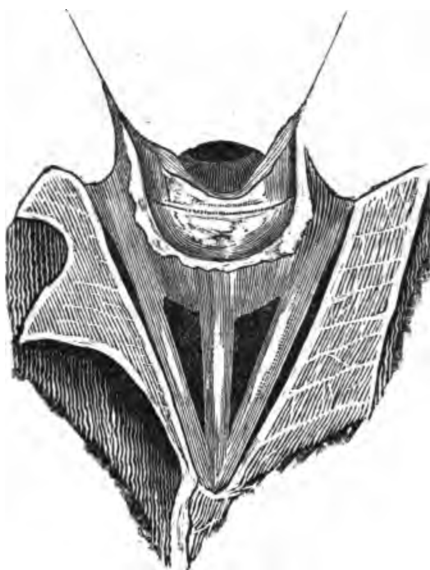


Fig. 3.



Elle fournit une enveloppe à l'œil ; elle sert de plus à le suspendre en devant à l'entrée de l'orbite et à le lier avec les paupières. Elle passe du globe de l'œil à la conjonctive, s'adosse avec elle dans les paupières, l'accompagne jusqu'aux ligaments tarses, passe sur la convexité de ces cartilages, et la conjonctive à son tour passe à leur face concave. Cette tunique ressemble, pour le tissu et la couleur, à la conjonctive ; elle n'est pas aussi épaisse ; est fort adhérente au nerf optique à l'endroit où ce nerf a son entrée dans l'œil. Elle est assez adhérente à la sclérotique en arrière, n'y est liée en devant que par un tissu cellulaire très-fin ; elle donne passage aux tendons des muscles droits et obliques ; elle fournit une gaîne au tendon du muscle grand oblique. Parvenue à l'insertion des muscles adducteur et abducteur du globe de l'œil, c'est-à-dire près de la conjonctive, et avant de s'adosser à cette membrane, elle procure de chaque côté une espèce d'aîle ligamenteuse qui attache le globe de l'œil à l'orbite au grand et au petit angle. Ces aîles ligamenteuses sont formées de l'adossement des portions de cette tunique, qui passent l'une dessus, l'autre dessous le globe de l'œil. »

M. Malgaigne, dans le premier volume de son *Anatomie chirurgicale*, p. 375, analyse en ces termes les travaux de Ténon :

« Cette membrane, décrite pour la première fois par Ténon, ne se voit bien qu'en disséquant l'œil par sa face postérieure, et enlevant à la fois le tissu adipeux, les muscles, les vaisseaux et les nerfs de l'orbite. On voit alors distinctement, autour de la sclérotique, une enveloppe membraneuse blanche, élastique, s'arrêtant en arrière au nerf optique, avec le névrilème duquel elle semble se continuer ; en avant elle va jusqu'à la cornée, mais elle se replie alors à la face interne de la conjonctive oculaire, et envoie de chaque côté une espèce d'aîle ligamenteuse, qui attache le globe de l'œil au petit et au grand angle de l'orbite ; là, elle se confond avec le ligament palpébral, et avec le périoste. Sur la sclérotique, elle est très-mobile, et une couche de tissu cellulaire séreux sépare ces deux membranes. Dans les points d'insertion des tendons au globe de l'œil, elle n'est point interrompue, mais se replie autour de ses tendons, de manière à leur former une sorte de fourreau fibreux qui dégénère en tissu cellulaire sur les fibres charnues.

« Cette membrane constitue donc une nouvelle couche à traverser pour pénétrer dans l'œil par la sclérotique, et dans le pté-

rygion très-ancien, elle explique comment, après avoir enlevé une première couche de vaisseaux avec un pli de la conjonctive, on trouve quelquefois une seconde couche à enlever avant d'arriver à la sclérotique. Ne serait-elle pas le siége spécial de l'ophthalmie rhumatismale ou arthritique? L'analogie et l'observation clinique permettraient du moins de le présumer. »

Dans cette description l'auteur insiste sur la membrane intermédiaire à la conjonctive et à la sclérotique, beaucoup plus que Ténon, car c'est à peine si dans la description de ce dernier, on trouve une indication assez précise de cette membrane sous-conjonctivale pour lui en rapporter la découverte. On voit par cette première difficulté historique, combien la description de Ténon peut prêter à des interprétations diverses.

M. Baudens, dans une leçon publiée le 26 novembre 1840, parle aussi de la capsule fibreuse. Voici le passage textuel de sa brochure qui est relatif à cette aponévrose :

« La conjonctive dans son angle de réflexion oculo-palpébrale est doublée d'un tissu aponévrotique digne de remarque. Ce tissu enveloppe comme d'une atmosphère celluleuse, tout le globe oculaire dans ses deux tiers postérieurs et à partir de l'angle de réflexion précité. Cette atmosphère celluleuse en se condensant dans ses points de contact avec le globe de l'œil, forme autour de lui une véritable coiffe aponévrotique, dont le rôle est important à connaître. Et d'abord elle jette des prolongements autour des six muscles moteurs oculaires, pour leur fournir un étui ou gaîne aponévrotique.

« Cette gaîne contient de la synovie assez abondante, surtout dans celle qui reçoit le muscle droit externe, et cette synovie facilite le glissement.

« La continuité de ces six gaînes avec l'aponévrose d'enveloppe fait comprendre tout d'abord comment il peut s'établir entre tous les muscles, outre leur action spéciale, une solidarité d'action commune, et pourquoi il importe souvent de largement débrider cette aponévrose oculaire, sous peine de voir les muscles voisins rétablir, partiellement au moins, la puissance du muscle strabique qui a été coupé en entier. De plus, comme cette aponévrose empiète sur la partie antérieure de la grande circonférence de l'œil, elle forme une bride qui souvent empêche le redressement complet de ce dernier, redressement que maintes fois nous avons obtenu, en ouvrant largement cette toile aponévrotique. »

Cette description est loin d'avoir l'exactitude et la fidélité de celle donnée par Ténon. L'expression d'atmosphère celluleuse lui donne de l'obscurité et empêche d'y reconnaître la nature du tissu que l'auteur a voulu décrire. Il faut noter cependant qu'il indique les gaines que la capsule envoie à chaque muscle, gaines qui ne sont mentionnées ni par Ténon, ni par M. Malgaigne.

M. Lucien Boyer, qui, dans la *Gazette des Hôpitaux* du 6 février 1841, revendique aussi l'honneur d'avoir le premier démontré la véritable disposition de l'aponévrose qui enveloppe l'œil, fournit des gaînes aux muscles et les rend solidaires les uns des autres, renvoie pour la description détaillée de cette aponévrose à un mémoire qui devait être présenté à l'Académie des Sciences, mais qui n'a été ni lu ni imprimé; de sorte que nous ne pouvons le connaître et que nous sommes dans l'impossibilité de le discuter. Il renvoie aussi pour établir ses titres de priorité à un numéro de janvier de la *Revue médicale*, dans laquelle, dit-il, les dispositions anatomiques de la capsule se trouvent mentionnées. Or voici tous les détails relatifs à la capsule, qu'on trouve dans cet article :

« Il est indispensable pour pratiquer avec succès la myotomie oculaire de connaître la disposition qu'affecte la gaîne fibro-celluleuse des muscles de l'œil autour de leur insertion scléroticale. Chaque gaîne celluleuse fournit une expansion qui, réunie à celle de la gaîne voisine, forme une espèce d'anneau aponévrotique unissant ensemble l'insertion de tous les muscles de l'œil sur la sclérotique. Nous avons constaté cette disposition bien évidente, sur une pièce anatomique préparée par M. Lucien Boyer. »

On voit que cette partie de la capsule était déjà indiquée dans la description bien antérieure de M. Malgaigne. J'en dirai autant des réclamations de M. Jules Guérin sur le fascia sous-conjonctival dont il a sans doute mieux précisé la disposition, mais qui, ainsi qu'on le voit, était connu avant lui.

Après toutes ces citations, nous pouvons, je crois, bien établir l'histoire des découvertes relatives à la capsule oculaire.

Ténon a découvert l'existence de cette capsule; il a reconnu qu'elle embrassait l'œil dans sa concavité, qu'elle était traversée par tous les muscles oculaires, et il a indiqué vaguement sa terminaison à l'œil et aux paupières.

M. Malgaigne a insisté plus que Ténon sur la partie de la capsule qui est intermédiaire à la conjonctive et à la sclérotique.

M. Baudens a vu les gaînes que la capsule envoie sur les muscles droits et obliques.

J'ai découvert les adhérences intimes de ces muscles avec leurs gaînes et avec la capsule ; j'ai montré comment le fascia sous-conjonctival était une dépendance de cette dernière, et fait l'application de ces découvertes à l'intelligence de quelques-uns des phénomènes qui suivent l'opération du strabisme. Enfin j'ai fait voir par quelles préparations on pouvait reconnaître l'ensemble des faits relatifs à la capsule, qui étaient jusqu'à présent épars et vaguement indiqués. (*La suite au prochain n°.*)

MÉMOIRE

SUR LES DACRYOLITHES ET LES RHINOLITHES OU PIERRES FORMÉES A LA SURFACE DE LA CONJONCTIVE, DANS LES VOIES LACRYMALES ET LE CANAL NASAL ;

Par M. le docteur Desmarres, professeur d'ophthalmologie à Paris.

1re partie. — Dacryolithes.

§ Ier.

L'idée de publier un mémoire sur les dacryolithes ne me serait certainement pas venue, si une circonstance heureuse ne m'avait fourni, il y a bientôt deux ans, l'occasion d'en observer un cas des plus remarquables. Je ne connaissais alors aucun travail sur cette maladie, et M. Sichel, à qui je racontai le fait en lui montrant le calcul dont j'avais fait l'extraction, m'engagea à le publier, à cause de sa rareté, en ajoutant qu'il n'en avait jamais vu dans sa pratique si étendue, ni dans celle des médecins qu'il avait autrefois suivis. Depuis, il a bien voulu partager avec moi la fastidieuse besogne de rechercher, dans les bibliothèques de Paris, les faits épars sur cette matière, et je me trouve heureux de lui en offrir publiquement mes sincères remercîments.

J'aurais dû, peut-être, classer mon observation à la place qu'elle doit naturellement occuper au milieu de celles qui l'ont précédée ; mais j'ai préféré, pour quelques raisons particulières, com-

mencer par elle, sauf à y renvoyer dans la suite de ce mémoire. Voici cette observation :

OBSERVATION Ire.

CALCUL EXTRAIT DU CONDUIT LACRYMAL INFÉRIEUR DROIT.

Madame Mégemont, propriétaire, âgée de 66 ans, d'une bonne constitution, n'ayant jamais été malade, à part quelques légères attaques de goutte qui ont laissé des concrétions peu élevées sur les articulations des orteils et sur celles des doigts, vient me consulter en août 1840.

Depuis plus de deux ans elle est incommodée d'un larmoiement de l'œil droit qui s'est transformé plus tard en un écoulement de matières jaunâtres puriformes. Vers la même époque, la malade a remarqué « que dans le coin de son œil, en bas, du côté du nez, il s'était formé une petite grosseur qui a augmenté depuis et qu'on n'a pas pu faire disparaître ». Elle ressent, du côté qu'occupe cette grosseur, une démangeaison incommode qui lui donne de vives envies de gratter l'œil.

L'examen me fait reconnaître que les paupières sont rouges et gonflées, et que les cils, collés à leurs sommets par du mucus concret, sont réunis en petits pinceaux. La conjonctive palpébro-oculaire est rouge, enflammée, surtout en bas et du côté de l'angle interne de l'œil. La sclérotique est injectée en dedans, l'iris est peu mobile, beaucoup moins que de l'autre côté, probablement à cause de l'irritation de l'organe; la lumière ne peut pas être supportée aujourd'hui, ce qui arrive de temps en temps. Il y a dans chaque œil une cataracte corticale postéro-antérieure peu avancée et dont la malade ne soupçonne pas l'existence, sa vue étant bonne.

Le point lacrymal supérieur est sain ; l'inférieur dilaté et présentant trois fois son diamètre normal, laisse écouler une matière séro-purulente dont la quantité n'est pas augmentée par la pression. La vue et le toucher me font reconnaître que dans la direction du conduit lacrymal inférieur il y a une petite tumeur circonscrite, indolente, sans coloration inflammatoire notable de la peau, et faisant une saillie en dehors, comparable pour la grosseur à celle d'une petite noisette. En renversant la paupière de haut en bas avec l'index, je reconnais que la tumeur fait sous la muqueuse, très-saine, à part l'injection dont j'ai parlé, une saillie

semblable à celle qu'on reconnaît en dehors, ce qui lui donne une forme tout à fait sphérique. L'angle interne de l'œil est rempli de mucosités jaunâtres que les larmes charrient sur la joue, dont le derme est mis à nu dans plusieurs endroits, et recouvert par places de croûtes épaisses. Depuis près de 18 mois, la malade porte toujours à la main un petit mouchoir destiné à essuyer son œil et sa joue, et aussi à masquer la difformité de son visage. Quand la démangeaison est trop vive, Madame M... bassine son œil avec de l'eau de guimauve et y applique des cataplasmes émollients. La narine droite est sèche ; l'odorat presque nul.

Je me proposais d'introduire un stylet mousse assez fort dans le conduit lacrymal inférieur dilaté, mais la malade s'y étant absolument refusée, je me bornai à prescrire un collyre astringent, quelques bains de pieds, et un purgatif salin. Je restai donc, jusques-là, fort incertain sur le diagnostic, car cela n'avait ni l'aspect d'un chalazion enflammé, ni encore moins celui d'un orgeolet, etc.

20 octobre 1840. Deux mois se passent sans que je revoie la malade. Elle ne revient me consulter pour la deuxième fois que le 20 octobre, me promettant bien qu'elle se soumettra cette fois-ci à tout ce que je voudrai lui ordonner.

L'œil est à peu de chose près dans l'état que j'ai décrit plus haut ; la photophobie est peut-être un peu plus forte, et l'injection des membranes externes plus prononcée. La peau qui recouvre la tumeur est un peu plus rouge, plus tendue, la malade y ressent plus de douleurs ; le point lacrymal inférieur, toujours très-dilaté, laisse écouler à la pression quelques gouttelettes de mucus purulent ; en dedans il me semble que la saillie de la tumeur est mieux dessinée.

Toutes ces circonstances me font présumer qu'un travail inflammatoire commence à se développer dans la tumeur ou dans la peau qui la recouvre. Un stylet introduit dans le conduit lacrymal par le point inférieur pénètre à 3 millimètres environ et est arrêté là par un corps résistant qui, frappé à plusieurs reprises avec l'instrument métallique, ne rend qu'un son obscur. Je propose à la malade de faire de suite l'extraction du corps reconnu, mais elle s'y refuse nettement et veut attendre deux jours. Elle se refuse également à une injection par les points lacrymaux avec la seringue d'Anel.

22 octobre. — Je revois la malade chez elle ; je constate de

nouveau la présence d'un corps dur dans le conduit lacrymal, au moyen d'une petite sonde cannelée sur laquelle j'introduis aussitôt l'une des lames d'une paire de ciseaux droits assez forts, avec lesquels je divise en dedans, du côté du globe, toute la paroi postérieure de la tumeur, en même temps, bien entendu, que la conjonctive. L'incision était à peine achevée, qu'un corps dur, jaunâtre, de la grosseur d'un pois vert, s'échappe de la tumeur, et roule de la face de la malade sur ses habits et les miens jusqu'à terre. Quelques débris de matière jaunâtre comme granuleuse, un peu huileuse, assez facile à écraser entre les doigts, restent au fond de la plaie; je les enlève avec une curette. Le sang s'étant bientôt arrêté, et la plaie étant nettoyée, je reconnais à son fond terminé en un infundibulum étroit, le conduit lacrymal, en apparence parfaitement sain. Les parois de ce conduit qui étaient en rapport avec le corps étranger, singulièrement agrandies par sa présence, sont rouges, parcourues de nombreux vaisseaux et recouvertes par places de granulations.

Sans m'inquiéter si la cautérisation avec le nitrate d'argent aura l'inconvénient d'oblitérer ou non le conduit lacrymal inférieur, pensant d'ailleurs que le supérieur est sain, que des individus n'ayant pas de sac lacrymal congénitalement, comme l'a vu Dupuytren, ou ayant une oblitération artificielle de ce sac à la suite du traitement recommandé dans les cas de fistule par le professeur Camicci et M. Biangini, ne sont pas tourmentés pour cela de larmoiement, possédant d'ailleurs un exemple d'oblitération complète des points sans que cet inconvénient en fût résulté, je cautérise largement les parois du conduit. Malheureusement la malade, malgré la recommandation que je lui avais faite de rester paisible, recule vivement en arrière et échappe aux mains de l'aide qui la soutenait, circonstance qui m'empêche d'enlever l'excédent du caustique qui se répand dans une grande étendue de la conjonctive, du côté interne, après avoir été dissous et entraîné par les larmes. Je fais baigner l'œil dans de l'eau fraîche et je recommande d'y placer des compresses d'eau glacée pendant toute la nuit.

23. octobre. La malade a beaucoup souffert de l'œil toute la nuit; un chémosis inflammatoire est survenu (20 *sangsues au devant de l'oreille droite; potion gommeuse laudanisée, continuer les applications d'eau glacée tout le jour et pendant la nuit. Le lendemain matin une bouteille d'eau de Seidlitz à 50 grammes*).

Du 24 au 30 octobre, l'ophthalmie a suivi une marche croissante malgré un traitement antiphlogistique énergique, l'excision du chémosis et l'administration des mercuriaux à l'intérieur, puis s'est enfin arrêtée sans causer, au reste, aucun dommage à l'œil.

Le 6 novembre suivant, la cicatrisation de la plaie était assez avancée et le 14 elle était complète. Il ne restait plus alors qu'une légère conjonctivite qui a fini par disparaître plus tard.

22 avril 1842. Je revois la malade le 22 avril 1842 à l'occasion de la publication de ce travail, et pour vérifier si les résultats de l'opération se sont soutenus. Madame Mégemont est couchée, atteinte d'une fluxion de poitrine depuis quelques jours. Elle a eu, depuis les deux ans qui se sont passés sans que je l'aie vue, plusieurs attaques de goutte, sur les pieds particulièrement, et aux mains. Jamais ces attaques n'ont été assez fortes pour l'empêcher absolument de marcher, mais elles la réveillaient la nuit, lui faisaient pousser quelques cris et disparaissaient après deux ou trois jours.

Les deux yeux présentent aux grands angles une assez grande quantité de matière jaunâtre desséchée dont on voit de nombreuses traces sur les joues. Depuis l'extraction de la pierre « la grosseur » n'a plus reparu ; seulement, de temps à autre, l'œil a continué de rougir, sans que la lumière fît jamais mal. Quelquefois les paupières étaient collées le matin au réveil, comme il arrive depuis plusieurs jours, mais quelques lotions d'eau fraîche faisaient disparaître cet inconvénient. La peau de la joue a repris, quelques semaines après la petite opération, sa coloration normale, et l'a conservée depuis. Le larmoiement ne s'est plus rencontré qu'accidentellement ; l'odorat est devenu meilleur, la narine n'est plus sèche. Le tubercule lacrymal est ouvert, mais j'ignore s'il en est de même du conduit, l'état de la malade ne me permettant pas de proposer de faire une injection avec la seringue d'Anel. La difformité a disparu complétement.

La malade insistant pour que je lui donne quelque chose pour faire disparaître l'écoulement puriforme que j'ai remarqué, je prescris un collyre de plomb, et je l'engage à communiquer mon ordonnance à son médecin, M. le docteur Braillard.

Les deux cataractes dont elle est atteinte n'ont presque pas fait de progrès ; la vision est toujours bonne.

Examen et analyse du calcul par M. Bouchardat, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, etc.

Cette concrétion est d'une forme irrégulièrement ronde, un peu triangulaire. Sa couleur est grisâtre. Sa surface, raboteuse, présente une multitude de petites aspérités séparées par des enfoncements de couleur plus foncée que les saillies, même en plein jour. Divisé en deux moitiés, on voit dans l'endroit de la section une multitude de petits points élevés semblables à la surface du sable. La densité de la concrétion est de 1. 14; sa consistance beaucoup plus ferme que celle de la cire la plus dure; son poids est de 4 centigrammes (1).

Sa composition à l'état sec est de

1° Matière albumineuse concrète	25 parties.
2° Matière muqueuse	18
3° Graisse	traces.
4° Carbonate de chaux	48
5° Phosphate de chaux et de magnésie	9
6° Chlorure de sodium	traces.

Le calcul est représenté exactement, figure 9, planche I.

§ II. — Les calculs doivent-ils être considérés comme une maladie locale?

En réunissant et en comparant les matériaux que j'ai entre les mains pour la rédaction de ce travail, une chose, entre autres, m'a frappé tout d'abord; c'est la singulière tendance qu'ont certains auteurs qui ont écrit sur les concrétions pierreuses, et en particulier sur les dacryolithes, à ne considérer ces maladies que comme des affections purement locales complétement en dehors d'une prédisposition générale, fait que je demande la permission d'examiner avant de passer à l'étude des dacryolithes proprement dits.

Sous le point de vue étiologique, les dacryolithes, de même que les calculs salivaires, biliaires, hépatiques, intestinaux, vésicaux, sont environnés d'une obscurité profonde. La cause primitive, essentielle, de ces concrétions est un de ces problèmes qu'il n'est

(1) L'analyse a été faite le 20 mai 1842. — Le calcul a été conservé dans l'alcool depuis près de deux ans, circonstance qui peut expliquer peut-être la légèreté de la concrétion. Pesait-elle davantage immédiatement après son extraction, je l'ignore; je n'ai pas pensé alors à en rechercher le poids.

peut-être pas donné à la science de résoudre, parce que la composition intime de nos organes, les innombrables modifications qu'ils subissent dans leurs lois chimiques, physiques, vitales, etc., sous l'influence d'agents insaisissables à nos sens, sont autant d'inconnues introuvables pour l'homme. Cependant, malgré l'obscurité qui environne l'étude de la cause prochaine des calculs en général, on peut avancer sans crainte que certaines influences anatomiques, physiologiques, pathologiques, hygiéniques, mécaniques concourent puissamment à leur formation. Mais il faudrait bien se garder de dire, à l'exemple de quelques auteurs anciens et modernes, qu'il suffit exclusivement d'un obstacle physique à la libre circulation des fluides sécrétés pour donner lieu à l'agglomération des matières concrescibles qu'ils contiennent, et de croire que cette circonstance à elle seule puisse donner le mot de l'énigme. Il ne faudrait pas voir non plus dans la situation défavorable des conduits et leur étroitesse une cause exclusive de la formation des pierres; car si l'on applique cette idée aux conduits lacrymaux, on voit que l'apparition des calculs y est des plus rares, bien que leur diamètre soit des plus fins. Il est vrai que la rareté des pierres dans ces conduits tient peut-être, selon Ledran (*Traité des opérations de chirurgie*, 1742, p. 256), « à ce que les larmes « qui entrent par les points lacrymaux s'écoulent presque aussi-« tôt jusque dans le nez par le conduit nasal, et que la structure « de ce sac, le lieu où il est placé et le mouvement presque con-« tinuel des parties qui l'entourent ne permettent guères aux « larmes de s'y arrêter ». Mais préoccupé de cette idée qu'il suffit d'un obstacle à l'écoulement des larmes pour qu'il en résulte un calcul, c'est à tort qu'il a ajouté : « Ainsi dans l'état naturel, elles n'y séjournent point et il ne s'y forme pas de pierre. Mais si elles y séjournent par quelque indisposition, ce sac est un peu dilaté, et il se dilate insensiblement assez pour faire ce qu'on nomme une fistule plate, et que quelques-uns ont nommée une hydropisie du sac lacrymal. C'est alors qu'il peut s'y former une pierre, *attendu le séjour des larmes*, à moins qu'on n'ait soin de vider assez souvent le sac en le comprimant : on sçait que cette compression fait remonter les larmes par les points lacrymaux. Si la pierre a commencé à s'y former, elle ne peut sortir avec les larmes; ainsi elle grossit peu à peu. Quand elle est parvenue jusqu'à une certaine grosseur, sa dureté est plus que suffisante pour la faire reconnaître. »

Il est évident que Ledran est tombé ici dans une double erreur; il ne rattache, comme l'on voit, la formation des pierres qu'à une sorte d'obstacle mécanique au cours naturel des larmes, sans nullement songer à une cause générale prédisposante, puis il se jette dans une hypothèse hazardée et fausse en avançant qu'une tumeur lacrymale peut, *attendu le séjour des larmes,* se compliquer de l'existence de calculs et devenir la cause principale de leur génération. Il n'appuie ce fait, au reste, d'aucune observation, et se trouve en opposition directe avec un célèbre chirurgien de l'Allemagne, M. de Walther, qui s'exprime ainsi au sujet des dacryolithes (*Journal für Chirurgie und Augenh.*, janvier 1820, p. 164) : « Il est remarquable qu'on ne voit jamais ces sortes de pierres dans le sac lacrymal, lorsqu'il y a tumeur lacrymale, ni même lorsqu'il y a oblitération parfaite du canal nasal membraneux. » D'ailleurs les recherches que j'ai faites dans les auteurs prouvent que les pierres du canal nasal ou celles du sac, loin de reconnaître pour cause de leur génération une tumeur lacrymale, donnent elles-mêmes naissance à cette maladie et sont, au contraire, ainsi que nous le verrons plus loin, une cause occasionnelle de fistule. On a encore invoqué comme cause nécessaire de calculs la présence de corps étrangers dans certaines parties, mais il est démontré par l'observation qu'un corps étranger peut longtemps séjourner dans des conduits chargés de transporter des liquides sans se recouvrir pour cela de concrétions pierreuses, ce qui met complétement en défaut les idées de Schmucker qui, comme Ledran, pense qu'une obstruction doit nécessairement donner naissance à un calcul, et qui, de plus que ce dernier auteur, avance même *que les matériaux nécessaires à la formation des pierres se trouvent constamment tout faits dans l'organisme*. Voici le passage où Schmucker exprime ses idées (Schmucker, *Vermischte chirurgische Schriften*, Frankenthal, 1788, vol. 3, pag. 292. — L'édition originale a été publiée à Berlin en 1782).... « Les calculs se forment le plus facilement lorsqu'un corps insoluble est introduit [dans un conduit] ; une écorce pierreuse l'environne et augmente de jour en jour jusqu'à ce que la pierre devienne très-sensible au malade. Par conséquent, la matière dont une pierre se concrète *est continuellement présente dans notre corps*, avec cette différence seulement, que quelques calculs sont plus fermes, et que d'autres sont d'une consistance moindre. »

De telles idées, comme on le voit, sont loin de reposer sur une

exacte observation des faits, et je me serais certainement abstenu d'en parler si elles ne conduisaient à abandonner tout traitement médical, et si, d'un autre côté je ne retrouvais dans un ouvrage de date assez récente des passages qui tendent à faire penser que quelques médecins les partagent encore aujourd'hui. Ainsi M. Jolly, auteur de l'article calculs du *Dictionnaire en XV volumes*, tom. IV, pag. 373, s'exprime ainsi : « Il est d'observation que la cause *la* « *plus générale* des calculs, celle qui paraît être commune au plus « grand nombre, dérive de la difficulté, du retard ou de la sus- « pension qu'éprouvent les fluides à circuler dans les filières « qu'ils sont destinés à parcourir. On conçoit d'après cela que « la disposition anatomique des organes où s'opère la sécrétion « de ces fluides, ainsi que celle des conduits chargés de les trans- « mettre au dehors ou dans leurs réservoirs, puisse, dans un « grand nombre de cas, influer sur la production des calculs. » Et plus loin, page 378 : « L'une des causes les plus fréquentes des calculs est la présence de corps étrangers dans les liquides sécrétés. Il n'est pas même nécessaire, pour y donner lieu, *que le liquide au milieu duquel ils se trouvent déposés, aît subi aucun changement dans sa composition chimique*.............. Mais ce que l'observation démontre d'une manière bien plus certaine, c'est que *tous les corps étrangers* qui séjournent quelque temps dans l'économie, *s'encroûtent toujours plus ou moins de matières calcaires, par suite de cette extrême tendance des fluides organiques à se solidifier et à former des calculs.* » Le même auteur, il est vrai, ajoute ces paroles : « Il n'est pas douteux non plus que l'affection calculeuse ne puisse, *dans quelques cas*, tenir à un état général de l'organisme, à une prédisposition en vertu de laquelle certains individus seraient plus exposés que d'autres à ce genre d'affection. Que cette sorte de diathèse soit liée à des différences de composition, à l'hétérogénéité des fluides, à la prédominance de quelques-uns de leurs éléments, ou bien, qu'elle dérive des changements ou modifications qui surviennent dans les organes sécréteurs, sous une influence physiologique ou pathologique, on ne peut s'empêcher de la reconnaître comme un fait inexplicable, mais qu'il faut admettre parmi ceux que l'observation constate chaque jour. »

N'est-il pas évident que cet auteur, trop préoccupé comme les autres que nous avons cités, de la présence d'un obstacle quelconque à la libre circulation des fluides, n'admet pour ainsi dire

que comme une sorte d'exception l'existence d'une diathèse calculeuse ? Comment concilier ensuite les modifications de quelques-uns des éléments des fluides qu'il semble admettre lors de l'apparition d'un calcul sans corps étranger, et cette autre idée qu'il n'est pas nécessaire pour qu'un corps étranger s'incruste que le liquide dans lequel il baigne ait subi aucun changement dans sa composition chimique ? Certainement, si l'on convient que l'écoulement mucoso-purulent qui s'échappe des paupières dans les ophthalmies blennorrhagiques en corrodant l'épiderme des joues est différent sous le point de vue de sa composition chimique du mucus normal des glandes de Meïbomius et de celui des follicules sébacés, si l'on constate encore que les larmes ont tantôt des propriétés véritablement corrosives et tantôt n'ont aucune action destructrice sur les yeux d'émail que portent certaines personnes, et cela dans des circonstances tout à fait inconnues, comment soutenir cette thèse que la composition chimique de ces liquides réunis n'a pas varié lorsqu'un corps étranger se recouvre d'incrustations calcaires ? Quelle explication donner ensuite à cet autre fait, basé sur l'observation, qu'un corps étranger peut rester dans un organe sans se recouvrir de concrétions pierreuses ? Comment admettre une cause identique quand les effets sont différents ? C'est là véritablement une de ces erreurs matérielles qui, sorties de la plume d'un écrivain aussi recommandable que M. Jolly, mérite bien d'être relevée.

Je m'arrêterais là certainement dans cette réfutation d'idées plus ou moins ingénieuses que mon esprit se refuse à partager, si le Dupuytren de l'Allemagne, M. de Walther, dans un spirituel parallèle qu'il fait entre les ossifications et les concrétions pierreuses (*Journal für Chirurg. u. Augenheilkunde*, janvier 1820, p. 163) ne se trouvait aussi en opposition avec les miennes au sujet de la cause première des calculs. Je me bornerai à citer le passage :

« Les ossifications et les concrétions pierreuses qu'on trouve si souvent dans les différentes parties du corps de l'homme et des animaux, ne diffèrent pas essentiellement de nature entre elles, puisque ces concrétions, dites pierreuses, consistent presque toujours en phosphates de chaux et autres sels qui ne sont pas étrangers à la base fondamentale de la substance osseuse.

« Dans l'ossification des membranes des artères, par exemple, ce ne sont pas ces membranes mêmes qui se transforment en une masse osseuse, mais bien la terre calcaire qui est déposée dans le

sens de la direction des fibres de la membrane propre, véritables incrustations phosphatiques, rugueuses, inégales, placées entre les lamelles du tissu élémentaire des artères où viennent s'ouvrir d'autres plus petites artères (1); l'origine des concrétions solides dans l'urine ou la bile *ne peut pas être attribuée à l'affinité chimique, mais à l'affinité morbifique des membranes de la vessie urinaire ou de la vésicule du fiel;* il suit évidemment de cela que les dégénérations ossiformes sont dues aux humeurs qui circulent dans les vaisseaux, ou, pour mieux dire, à cette matière calcaire qui est confondue avec elles; *les concrétions, au contraire, sont le résultat de l'altération organique des parties molles.* »

En résumé, nous croyons qu'un calcul ne peut se former dans un endroit ou conduit quelconque de l'économie sans qu'il y ait une prédisposition générale, une diathèse particulière pour la génération des calculs, et, à l'èxemple des observateurs les plus recommandables, nous pensons qu'un corps étranger peut, le plus souvent, quand il est engagé dans un conduit destiné à être incessamment parcouru par des liquides, se recouvrir d'incrustations calcaires; mais nous nions formellement que ce phénomène se montre par suite d'un simple obstacle au cours des fluides, par la simple affinité morbifique des membranes, etc., parce que notre conviction est qu'ils n'apparaissent que comme effet d'une cause générale particulière.

Nous regrettons d'avoir été entraînés dans une discussion aussi longue; mais nous nous sommes cru dans la nécessité absolue d'y entrer, à cause du point le plus important pour le médecin, le traitement. En effet, si l'on admet comme une simple affection locale une maladie qui tient nécessairement à une modification morbide, particulière de l'organisme, le corps étranger étant enlevé, le rôle du médecin sera terminé; mais si au contraire, comme cela a lieu quelquefois, la production d'un corps semblable survient et est même suivie de l'apparition d'un grand nombre d'autres, restera-t-on spectateur passif du mal? Ne doit-on rien faire dans la gravelle? Dans le cas de production rapide de pierres à la surface de la conjonctive ou d'une autre muqueuse, n'emploiera-t-on pas comme ici des remèdes capables de modifier avan-

(1) Dupuytren a vu des incrustations de ce genre dans les veines vaginales et spermatiques qui avaient la forme de globules sphériques fixées aux parois des vaisseaux par un pédicule très-délié. La même observation a été faite à Strasbourg par le professeur Lobstein. (*Remarque de Guillié.*)

tageusement l'organisme et de combattre la diathèse calculeuse? Et si un corps étranger se recouvre de concrétions, ne devra-t-on pas considérer ce phénomène comme une indication de traitement général pour empêcher qu'un autre organe, plus important que celui actuellement malade, les reins, la vessie, par exemple, ne soient atteints plus tard? Pour nous, cela ne fait aucun doute, et jamais, le cas échéant, nous ne manquerons de satisfaire à nos convictions scientifiques en prescrivant un traitement général que nous ne ferons que rappeler plus loin à l'occasion des pierres formées par les larmes. Mais hâtons-nous de revenir à l'histoire de ces concrétions.

§ III. — Nécessité de donner un nom aux pierres de la conjonctive et des voies lacrymales et de les classer enfin dans les cadres nosologiques. — Division a établir parmi ces calculs.

Il existe d'assez nombreuses observations dans la science sur les pierres de la conjonctive et des voies lacrymales, et c'est aujourd'hui un grand sujet d'étonnement pour moi qu'elles ne soient pas connues davantage. On les a appelées tour à tour *calculs oculaires*, *dacryolithes* ou *calculs lacrymaux*, *rhinolithes*, *etc*... Bien que le mot Dacryolithes, inventé par M. de Walther, ne soit pas rigoureusement juste si on l'applique aux concrétions pierreuses qui se forment à la surface de la conjonctive, dans les conduits lacrymaux, le sac lacrymal et le canal nasal, je n'en crois pas moins devoir le conserver, faute d'une expression meilleure. Les larmes, en effet, ne sont pas le seul fluide qui lubréfie la conjonctive et la muqueuse tapissant les conduits et le sac des larmes; les produits des glandes de Méibomius, ceux des follicules sébacées, tiennent aussi une place importante dans la pathogénie de ces concrétions, et concourent, sans aucun doute, en même temps qu'elles, à leur formation. Je ne connais d'ailleurs aucune observation de calculs dans les conduits excréteurs de la glande lacrymale, bien que je sois loin de nier la possibilité de leur formation dans ces organes, fait qui vient en aide à ma remarque. J'ai préféré encore ce mot *Dacryolithes* à la dénomination de *calculs oculaires*, parce qu'il indique le nom de l'un des principaux agents de la formation des pierres, et fixe, jusqu'à un certain point, l'esprit sur le lieu qu'elles occupent, ou du moins exclut complétement l'idée d'une affection intra-oculaire, défaut que présente

l'autre expression. Quant au mot Rhinolithes, il ne peut évidemment s'appliquer qu'aux dacryolithes du canal nasal.

On verra, j'espère, par la suite de ce travail, combien il était important de revenir sur le nom à imposer à cette maladie. Si, en effet, on considère le nombre des observations de dacryolithes publiées par les auteurs, observations qui, pour la plupart, ont passé inaperçues ou ont été regardées comme fabuleuses jusqu'à celle de M. de Walther, que nous rapporterons plus loin, on sentira la nécessité de classer enfin cette maladie dans les cadres nosologiques. Partout, dans les dictionnaires français modernes, on trouve cette lacune scientifique. L'auteur de l'article calculs des voies lacrymales du *Dictionnaire des Sciences médicales*, Paris 1812, t. III, p. 418, se borne à dire que les observations sur cette espèce de calculs sont extrêmement rares et qu'on ne connaît non plus aucun travail chimique sur leur composition. « Le *Dictionnaire des Dictionnaires de médecine*, ouvrage tout récent (1841) ne nomme même pas les calculs lacrymaux. Sous le nom de calculs oculaires, dans le *Dictionnaire* en XV volumes, il n'y a rien qui puisse se rattacher aux dacryolithes ; on ne trouve pas davantage de renseignements à ce sujet dans l'*Encyclopédie des Sciences médicales*. Le *Dictionnaire* allemand de Rust est à peu près complétement muet aussi à ce sujet. Enfin on ne trouve quelque chose sur les calculs des voies lacrymales que dans le *Dictionnaire* en XXI volumes, art. *Calculs de la caroncule lacrymale*. — Cet article, dû à la plume de notre excellent et savant professeur M. Breschet, cite les noms de Blasius, Schmucker, Blégny, Sandifort, Bartholin, Plater, Hurst et Horn, qui ont observé des dacryolithes, des rhinolithes et des calculs de la caroncule lacrymale. Il est à regretter seulement que M. Breschet n'ait pas, dans cette circonstance, saisi l'occasion de classer une maladie qu'il connaissait parfaitement, ainsi qu'on en peut juger par le travail qu'ont dû lui coûter ces citations.

Il résulte des observations nombreuses que nous avons recueillies, et dont les plus complètes seront textuellement reproduites, que des pierres se forment dans chacune des parties que parcourent les larmes, à l'exception toutefois, jusqu'ici, des conduits excréteurs de la glande lacrymale. De là la nécessité de diviser les dacryolithes de la manière suivante :

1° Dacryolithes de la conjonctive subdivisés en { vrais / faux ;

2° id. des conduits lacrymaux ;

3° Dacryolithes du sac lacrymal;
4° id. du canal nasal ou rhinolithes.

Nous dirons quelques mots ensuite sur les calculs de la glande lacrymale pour compléter, autant que faire se pourra, l'histoire de ces calculs, bien que nous pensions que les pierres qu'on a trouvées dans cette réunion de follicules sébacées ne reconnaissent peut-être pas les larmes pour principal agent de leur formation.

Nous faisons le vœu que d'autres que nous complètent l'histoire des calculs oculaires en publiant, comme nous allons le faire pour les dacryolithes, tout ce qui aura été écrit d'intéressant sur les pierres trouvées dans les membranes internes de l'œil.

§ IV. — Dacryolithes *vrais* de la conjonctive.

De tous les dacryolithes ceux-ci sont les plus curieux comme aussi les plus extraordinaires. Leur rareté peut expliquer jusqu'à un certain point qu'on aît pu dans des temps de crédulité attribuer leur formation aux maléfices des sorciers, comme nous pourrons en juger par l'observation (obs. III) de Lachmund; ou taxer d'imposteurs les médecins qui, comme Emery de Bordeaux (obs. IV), en publièrent les premières observations. Il serait peut-être plus logique de reproduire ces faits par ordre chronologique; mais comme l'observation de M. de Walther est celle qui, de toutes, ne laisse rien à désirer sous le point de vue de l'authenticité, et que c'est seulement depuis sa publication que les cas antérieurs de même espèce ont pris une valeur réelle, nous commencerons par elle, sauf à revenir à l'ordre des dates dans la suite, après, toutefois, que nous aurons rapporté sommairement ou des faits sur lesquels les auteurs ne se sont pas expliqués suffisamment ou des citations dont nous n'aurons pas pu vérifier l'exactitude.

Felix Plater. *Prax. med.* Bas. 1656. 4. Tom. 3. lib. 2. c. 15. p. 907, col. a.

Un homme se fit extraire de la partie blanche de l'œil, au moyen d'une aiguille fine, une très-petite pierre qui y était implantée et me la montra.

[Ce fait est rapporté par Hasselt d'après Plater. S'agit-il ici d'un véritable dacryolithe ou plutôt d'une concrétion pierreuse implantée dans la conjonctive scléroticale et venue du dehors? Nous penchons fortement pour la dernière de ces deux opinions et nous pensons qu'il n'était question que d'un corps étranger. D.]

Garmannus — (*De miracul. mortuor.* p. 1089 — 1670. Leipsick).

Il dit que Blégny (*Zodiac. Gall.* ann. 1679. M. S. obs. 2. p. 140) affirme qu'une matière plâtreuse est sortie d'un œil affecté d'ægilops; passage qui se rapporte aux dacryolithes des conduits lacrymaux. Il rapporte aussi que des larmes pétrifiées ont été rendues par l'abbé Burdelot (*o. l.* p. 58); mais M. D. S. Romain dément ce fait (*ibid.* M. april. p. 87.) [Nous reviendrons sur ces faits avancés par Garmannus à l'occasion de l'observation d'Emery que Blégny a insérée dans le *Zodiacus Galkicus*, ouvrage que nous n'avons pas pu trouver à Paris. D.] Nicolas Sténon parle d'une humeur cristalline (*Anat. Can. Carchar.* cap. p. 104). [Il est probable que cette citation est fausse, car Sténon, à la page indiquée, ne dit rien des calculs lacrymaux. D.]

Ch. Drelincourt (*Praelud. Anat. p. m.* 61. 1672. Lugduni Batav.)

Il rapporte le fait qui suit : J'ai enlevé d'un œil vivant une humeur cristalline plâtreuse ou terreuse et je la conserve.

Ph. F. Hasselt, Pr. Francus, *De lapidicina microcosmi.* Heidelberg, 1688. 4. p. 16. § 41.

Il rapporte, entre autres faits, les suivants :

Jœpserius (*part.* 3. cap. 3. p. m. 535) n'a pas pu se convaincre par ses propres observations ni par celles d'autres savants si on avait trouvé des calculs dans les yeux ou s'il pouvait s'y en former. Schenckius pense (*Lithogenes. in epit. theorica*) : (4 b.) que s'il peut en naître dans cet organe, il en résulte une faiblesse de la vue d'abord et enfin la cécité. [Nous avons recherché avec beaucoup de soin le passage qui fait l'objet de cette dernière citation de Hasselt, et nous n'avons rien trouvé, malgré la lecture attentive de la page de l'*Epitom. theorica* indiquée par cet auteur. D.] Déjà, il est vrai, Théophr. Paracelse (c. 2 ib. p. m 3) avait assuré que des pierres pouvaient souvent naître dans les yeux, parce que la liqueur salée qui se trouve dans la tête peut se déposer dans l'œil. [Cette citation n'a pas été vérifiée à cause de son peu d'importance, et aussi parce que l'ouvrage de Paracelse, formant 2 in-folio, nous aurait demandé trop de temps à parcourir.] L'illustre Melchior Sebizius (*page* 17 *de Hasselt*), mon ancien promoteur très-honoré (*in disp.* 1 *de crisib.* par. VIII. Argent.

a. c. 1627) a dit que des calculs pouvaient se former dans les angles des yeux.

SCHURIGIUS (*Lithologia*, Dresde et Leipsick, 1744. p. 100).

Il rapporte que Christ. Francis Paullin, *Obs. med. phys.* XXV.7. 10. *cent.* 1. obs. 14. p. 19, donne l'observation d'un jeune paysan qui rendait en même temps que les larmes de très-petites pierres; cette excrétion se faisait avec grand prurit, inflammation et douleur des yeux. L'examen (αυτοπτης) a démontré que ces graviers exposés au soleil et desséchés étaient rouges et salés.

[Nous avons vivement regretté de ne pouvoir nous procurer l'ouvrage de Paullin qui n'existe pas dans les bibliothèques publiques, parce que le fait dont il est question dans ce passage rapporté par Schurigius est tout à fait identique avec celui de M. de Walther et ceux d'Emery, Plot, etc. D.]

HALLER, *Element. Physiol.* t. V. § XV. p. 325 et 324. 1769. Lausanne.

Cet illustre physiologiste s'exprime ainsi :

Je ne connais aucune analyse des larmes, parce qu'on ne peut pas en recueillir en quantité suffisante pour faire des expériences. Je lis [dans Bruckmann, ouvrage que nous n'avons pas pu nous procurer dans les bibliothèques de Paris. D.] qu'elles ont formé des cristaux, et qu'elles se sont concrétées en calculs semblables à ceux qu'on trouve souvent dans les autres humeurs aqueuses du corps humain.

WELLER, *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, traduit de l'allemand. T. I. p. 178. Paris, 1828.

« La sécrétion des larmes peut non-seulement éprouver des « modifications sous le rapport de la quantité, mais ce fluide « peut encore être altéré dans sa composition ; ainsi on le trouve « quelquefois plus riche en principes salins que de coutume. Il « m'est arrivé dans un cas d'ictère violent, de lui trouver une « teinte manifestement jaunâtre; mais le défaut de bonnes ana« lyses, nous met dans l'impossibilité de juger des services que « nous pourrions retirer de la chimie pour éclairer ce point de « pathologie. Je profite de cette occasion pour parler d'un état « remarquable des larmes, où l'on voit ce fluide produire des « concrétions calculeuses (dacryolithes). On en a plusieurs exem-

« ples ; le plus *instructif*, le plus détaillé, et le plus digne de « remarque est celui qui est rapporté par M. Ph. de Walther. »

C'est cette même observation dont nous avons parlé et que nous traduisons ici en entier, avec les intéressantes considérations générales sur les calculs qui la précèdent.

OBSERVATION II.

De Walther. (*Journal für Chirurgie u. Augenheilkunde*, janvier 1820. p. 164 et suiv.)

« On a trouvé des concrétions pierreuses ou plutôt plâtreuses dans toutes les parties du cerveau, dans le méat auditif externe, dans les organes salivaires, dans les yeux, dans le cœur, dans l'estomac et le canal intestinal, dans le foie, dans la vésicule et le pancréas, dans les voies urinaires, dans l'utérus et les articulations.

« Elles sont très-rares dans l'œil. Morgagny, Haller, ont rencontré des lames osseuses entre la choroïde et la rétine. J'ai vu, dans des cataractes osseuses, le cristallin devenir dur comme une pierre. Un semblable cristallin, soumis à l'analyse chimique, produisit une petite quantité d'albumine combinée avec du phosphate et du carbonate de chaux.

« Le corps vitré a été trouvé plusieurs fois transformé en une masse pierreuse. Rudolphy, cependant, se refuse à croire à la possibilité de cette transformation ; il croit que les concrétions osseuses que l'on trouve dans les bulbes flaccidifiés et aplatis de l'œil ne se forment pas par l'ossification d'un point particulier de l'œil, mais par une sécrétion morbifique des vaisseaux de la choroïde. Je possède un corps vitré ossifié qui, au moment où je l'ôtai du bulbe, était encore enveloppé de la rétine. Cette concrétion a exactement la grandeur et la forme du corps vitré dont elle occupait la place. Elle sonnait lorsqu'on la frappait avec un stylet de métal, et actuellement, après un séjour de plusieurs années dans l'alcool, elle conserve très-bien sa forme originale.

« Schmucker et Sandifort assurent avoir trouvé, dans la substance de la caroncule, des pierres lacrymales comme celles que Blégny avait précédemment découvertes dans les canaux lacrymaux.

« Il est remarquable qu'on ne voit jamais ces sortes de pierres dans le sac lacrymal, lorsqu'il y a fistule lacrymale ni même lorsqu'il y a oblitération parfaite du canal nasal membraneux ; mais

que des concrétions pierreuses puissent se former en grande quantité dans l'humeur lacrymale et en fort peu de temps, rien n'est plus certain, comme vont le prouver les observations suivantes dont on ne trouve aucune trace dans les écrits des auteurs qui m'ont précédé. [Il est bien évident qu'ici M. de Walther s'est trompé, ainsi que le prouveront les observations de Lachmund, Emery, Camerarius, Schaper et Plot, que nous rapporterons plus loin. D.]

« J'avais ôté en 1811 de l'œil gauche d'une demoiselle nommée Anna Lichterwaller, fille d'un marchand de poissons, à Landshut, jeune, florissante de santé, très-saine, et bien réglée, un morceau de carbonate de chaux qui semblait être descendu du plancher supérieur de l'orbite, sans avoir occasionné aucun dommage à l'œil.

« En février 1818, elle éprouva une odontalgie violente. On crut parvenir à calmer la douleur par l'extraction de plusieurs dents molaires cariées, mais elle en ressentit très-peu de soulagement.

« Quelques mois après, elle eut de violentes coliques accompagnées d'une constipation opiniâtre qui ne céda qu'à l'emploi longtemps continué de fomentations, de lavements, et d'onctions huileuses sur l'abdomen.

« Vers la fin de juillet de la même année, elle se plaignit d'ardeurs et de picotements dans le globe gauche qui étaient exaspérées par le moindre mouvement des paupières et de l'œil, et par l'excitation de la lumière solaire vive. En examinant cet œil attentivement, on put voir dans le repli de la conjonctive entre le globe et la paupière inférieure, vers l'angle externe, une petite pierre blanche, anguleuse, de la grosseur d'un pois, et qui, après son extraction, fut aisément écrasée entre les doigts en laissant un résidu graisseux et sablonneux.

« Quoique la malade assurât qu'aucun corps étranger n'était entré dans son œil, je crus d'abord que cette pierre n'était autre chose qu'un morceau de chaux qui y avait été introduit accidentellement ; mais quel fut mon étonnement, lorsque trois jours après la malade revint de nouveau : une petite pierre, semblable à la première se montra à la même place ; l'œil alors était déjà considérablement enflammé, la douleur ne se bornait pas au globe seulement, mais s'étendait à la région frontale dans la direction sus-orbitaire ! La photophobie et le larmoiement étaient propor-

tionnés aux autres symptômes de cette maladie de l'œil. L'ophthalmie était survenue la veille au soir avec un violent accès de fièvre précédé de frisson auquel avait succédé de la chaleur. Bien que la petite pierre, nouvellement formée, fût extraite avec facilité, néanmoins le lendemain, après une nuit passée sans repos avec beaucoup de douleur, l'intensité de l'inflammation augmenta singulièrement, et, au repli de la conjonctive palpébrale inférieure, il se montra de nouveau un concrément blanc et friable qui, le deuxième jour, avait atteint le volume du premier. La paupière supérieure était rouge, et son bord supérieur tuméfié. Tous ces accidents qui allaient croissant indiquèrent la nécessité d'une saignée de 8 onces et l'usage du régime antiphlogistique dans toute son étendue. La malade éprouva un soulagement passager, mais quatre jours après, la nouvelle intensité de l'ophthalmie obligea de recourir une seconde fois aux émissions sanguines.

« Cependant le développement des pierres continuait toujours dans l'endroit indiqué, et avec une plus grande rapidité; des concrétions nouvelles, d'un volume beaucoup plus fort, se montrèrent dans des périodes plus rapprochées; elles avaient toujours la même nature; on ôtait d'abord tous les jours deux fois, puis trois fois, de l'intérieur de l'œil de ces petites pierres.

« Comme je ne connais aucun remède plus efficace, pour s'opposer à la formation des noyaux calculeux d'acide urique dans les reins des sujets qui sont disposés à la gravelle, que la solution du sel de tartre dépuré [et non comme le dit M. Guillié, p. 139 de la *Bibliothèque ophthalmologique*, du tartrite acidule de potasse] dissous dans l'eau de cannelle, j'essayai sur cette malade ce remède qui est analogue à celui conseillé par Steefens (1) dans les mêmes cas, et que l'on administre à la dose de quatre demi-cuillerées à bouche chaque jour, en faisant boire simultanément une grande quantité de fleurs de pensée sauvage.

« Après six jours de l'usage de ce remède, pendant lesquels l'urine était trouble, chargée d'un sédiment abondant et fétide, la génération des pierres de l'œil gauche a singulièrement diminué, et, pendant 24 heures, il ne s'est formé qu'une seule pierre plus petite et seulement une poudre blanchâtre et friable qui ne s'agglo-

(1) Pr. : Kali. carbonic. . . . . ʒi ß.
Solve in Aquae cinnamomi simpl. . . . ℥ IV.
Adde Syrupi diacod. . . . . ℥ ß.

merait plus en une masse solide et qu'il suffisait d'enlever une fois en 48 heures. Mais pendant que la maladie décroissait et disparaissait à l'œil gauche, elle débutait sur l'œil droit au même endroit du repli conjonctival, entre le globe et la conjonctive oculaire en suivant la même marche; les petites pierres se formaient d'abord plus rarement et plus lentement, ensuite plus fréquemment et plus rapidement. Avec cela une ophthalmie légère dans le principe, plus intense ensuite, obligea de pratiquer deux saignées.

« La maladie ne fut pas aussi violente sur l'œil droit qu'elle l'avait été sur le gauche. Sa durée fut moins longue; elle décrut insensiblement comme elle avait augmenté. Les concrétions se montrèrent plus rares, plus petites, et finirent par ne plus reparaître du tout.

« Le cours de cette maladie fut presque de onze semaines. Comme pendant ce traitement la poitrine de la jeune malade s'était affectée par la répétition des saignées, par le changement de régime, et peut-être aussi par l'usage assidu des remèdes alcalins; comme il était survenu une toux incommode avec expectoration suspecte, le matin surtout, et avec détérioration de l'habitude du corps, je lui conseillai d'user d'une nourriture plus substantielle et de prendre une infusion de lichen d'Islande. Trois semaines suffirent pour lui rendre son embonpoint et sa santé.

« Mais quelques années après elle fut reprise par cette même maladie : des concrétions pierreuses semblables aux précédentes pour la couleur, la grosseur et la nature, parurent de nouveau dans l'œil gauche.

« Dans le principe, elles se montrèrent entre la paupière inférieure et le bulbe; dans la suite il y en avait aussi entre la paupière supérieure et le globe. Quelques jours après, des concrétions semblables se formèrent dans l'œil droit; mais cette fois, les yeux étaient beaucoup moins enflammés, et la maladie fut plus courte parce que je lui opposai dès le principe la solution de potasse; le nombre des pierres qui se formaient tous les jours diminua bientôt en effet, et tout le travail morbide cessa en peu de temps.

« Je possède un grand nombre de ces concrétions *auxquelles je crois devoir donner le nom de dacryolithes.* »

OBSERVATION III.

LACHMUND — *de Fossil.* Sect. 3. ch. 22. p. 72. 1669. Hildesheim.

Pierres magiques.

« Ici il convient de rapporter l'histoire de petites pierres qui furent produites par fascination dans un œil gauche. Dans l'année 1661, la jeune Marguerite, âgée de 13 ans, fille du boulanger Conrad Brandis de Banteln, fut atteinte d'une tumeur dans la partie gauche des tempes qui lui causa de grandes douleurs et de laquelle dans la suite, en même temps que de l'angle de l'œil, sortirent quelques petites pierres ordinaires ; la tumeur s'affaissa aussitôt après jusqu'au moment où d'autres petites pierres semblables aux premières, qui avaient été conservées honnêtement (probè) dans une boîte, furent rendues par des prestiges; cela se renouvela plusieurs fois dans le même jour, et, si je ne me trompe, il s'en produisit ainsi pendant trois semaines tant que dura cet enchantement (incantatione magica); j'ai dessiné ci-dessous (voir planche I, fig. 10, 11, 12 et 13) quatre de ces pierres que la jeune fille elle-même m'a remises. Enfin elle fut guérie, dit-on, par le secours de pères Capucins. »

[Nous verrons plus loin, dans l'observation VI de Plot, qui ne paraît pas croire aux sorciers, que la jeune fille dont il est ici question, a été guérie par un médecin nommé le docteur Turberville de Sarum. D.]

OBSERVATION IV.

D'EMERY, médecin de Bordeaux. 1679. 1er mai. p. 66, 67 et 68 du *Journal des Sçavans.*

Extrait de deux lettres écrites à M. le 1er médecin du Roy par M. D'EMERY, *médecin de Bordeaux, les 2 et 24 décembre 1679, touchant un fait fort surprenant et peut-être inouy.*

« Dans le duché d'Albret, une petite fille de village, âgée de 10 ans, se jouant l'été passé avec deux de ses compagnes, receut dans les yeux une poignée de sable qu'une d'elles luy jetta. Elle s'en trouva fort incommodée pendant les premiers jours, et trois mois après elle ressentit encore une plus forte douleur au grand angle de l'œil gauche, ce qui l'obligea d'y porter la main et de presser même les endroits de cette partie. Cette compression en

fit sortir deux ou trois pierres dures et de la grosseur d'un pois. Ceux qui furent témoins de la chose crurent sans beaucoup de réflexion que ces pierres devaient être quelques grains de sable qu'on luy avait jetté, mais comme on luy en vit jetter de cette sorte durant plusieurs jours, ce prodige commença à faire du bruit.

« Une dame de qualité chez qui cette petite fille demeurait l'ayant fait enfermer dans une chambre pendant quelques temps, après l'avoir observée en toutes choses, tira elle-même de l'œil gauche de cette enfant quatre de ces larmes pétrifiées dont il y en eut une qui se trouva de la grosseur d'une fève, dure comme un caillou, triangulaire, blanche, et ayant quelque chose de transparent. Monsieur Emery a usé des mêmes précautions pendant deux mois qu'il l'a tenue chez luy et Messieurs Scorbiac et Van-Elmont, fameux médecins, ont esté comme luy témoins oculaires de ce fait prodigieux.

« L'œil de cette fille rend quelquefois jusqu'à quatre pierres dans un jour. Ces déjections se font lorsqu'elle y pense le moins, sans qu'elle ait beaucoup de temps à s'y préparer ; mais elle se plaint un peu auparavant d'une douleur piquante qui fait qu'après la sortie de la pierre l'œil demeure enflé, rouge et pleurant. Il est vrai que depuis le commencement des grands froids que nous avons eu cet hyver ce prodige a cessé et que cette fille n'a plus jetté ces sortes de pierres. Les *curieux* ne seront pas fâchés de voir ici la figure (planche I, fig. 14 et 15) des deux qui ont été envoyées à Monsieur le premier médecin.

« Ceux qui doutent de la vérité de ce fait disent : 1° qu'il n'est pas croyable qu'un caillou pût se faire jour au travers des membranes sans qu'il en sortît du sang, et sans qu'il s'ensuivît une suppuration, quand même la pierre sortirait par une fistule lacrymale dont l'ouverture est toujours très-petite, ce qui ne se trouve point en cette fille ;

2° Qu'il ne peut pas tomber dans l'imagination qu'une liqueur pût s'épaissir et durcir comme un caillou en 24 heures entre l'œil et la paupière ;

3° Que ce qui croist dans les parties sans pourriture ni fermentation étant presque toujours indolent comme une balle de plomb qui tombe entre des chairs, et cette pierre, au contraire, dans l'endroit d'où elle sort, faisant même de la douleur et laissant de l'inflammation à l'œil et à la paupière comme il a esté dit, cela fait croire qu'elle y a esté introduite.

« Ceux, au contraire, qui en soutiennent la possibilité, soutiennent,

« 1° Que tous les mixtes étant composés des mêmes éléments, la différence de leur forme ne vient que de la diverse disposition de leurs parties, et il y en a qui n'ont point de matières particulièrement destinées à leur génération;

« 2° Que les pierres sont de cette nature et que l'expérience nous apprend qu'elles se peuvent former dans les corps des animaux comme dans les entrailles de la terre;

« 3° Qu'on sçait même qu'elles sont différemment modifiées selon la quantité et l'arrangement de leurs principes, et qu'il s'en est trouvé assez souvent dans toutes les principales parties du corps pour croire qu'il s'en peut engendrer sous les membranes des yeux.

« En effet, Hippocrate en a veu jetter par le col de la matrice, et quelques autres par le siége en toussant ou crachant. On en a trouvé dans la substance du cœur, dans l'article du genouïl, sous la langue, dans la teste, dans le mésentère et dans les articles, si on en croit Jacques Houllier, A. Paré et Loüis Guyon : et pour ajoûter à tous ces exemples quelque chose de nouveau qui appuye même en particulier le fait dont il est question, c'est qu'après la mort de Mademoiselle de la Loupe, sœur aînée de Madame la comtesse d'Olonne et de Madame la mareschale de la Ferté, on trouva en faisant l'ouverture de son corps une pierre de la grosseur d'une faveolle à l'origine et dans la substance des nerfs optiques. C'est de quoi Messieurs Vieillard de Dreux et Hubert de Nogent, fameux médecins, ont été les témoins oculaires. »

L'observation de Lachmund que nous avons donnée sous le n° III, et qui, sous le rapport scientifique, présente infiniment moins d'intérêt que celle d'Emery, à cause du peu de détails qu'elle renferme, n'a pas soulevé comme elle la plupart des écrivains du temps contre son auteur. En France, en Allemagne, en Italie, partout, les médecins s'armèrent contre le pauvre d'Emery et le taxèrent de fraude et d'imposture. Schurigius (*ouvrage cité*, p. 72) après avoir rapporté l'observation qu'il a lue dans le *Zodiac. med. Gallic.* anno 1, mart. obs. 8. p. m. 63. seq. et à laquelle il renvoie, dit qu'on voit dans cet ouvrage la figure de ces larmes et d'autres choses, et qu'il y a aussi d'autres mensonges (fraudibus) sur ces concrétions dans les *mois d'avril*, p. 79 et *juin*

p. 97. A. Valisneri, *de corp. marini*, etc., Venezia 1728. 4°. 2° édit. p. 178, s'exprime comme on va le voir à propos de ces concrétions : « Une Française montrait par un jeu de sa main rusée et « trompeuse des larmes sortant pétrifiées de ses yeux, imposture « que les savants découvrirent finalement, comme on peut voir « dans la première année du *Zodiacus-Medico-Gallicus.* » Valisneri, ainsi qu'on en peut juger, ne considérait pas d'Emery comme un imposteur, mais comme un niais qui s'était laissé prendre pour dupe par une jeune fille astucieuse. Christ. Francis. Paullin (*Obs. med. physic. cent.* 1. obs. 14. p. 19) dont je n'ai pu me procurer l'ouvrage, dit, selon Schurigius (*loc. cit.*), que le bruit venant de France qui avait été répandu autrefois à propos de larmes pétrifiées n'était qu'une fraude et une imposture ; puis raconte un fait qui semble lui être propre d'un jeune paysan qui rendait en même temps que les larmes de très-petites pierres. Nous avons rapporté déjà ce passage plus haut parmi les faits qui précèdent l'observation de M. de Walther, et nous ne le rappelons ici que pour ajouter que nous ne concevons pas que Paullin nie un fait appartenant à un autre auteur, tandis qu'il en observe un tout à fait semblable. Il est probable, nous le craignons bien du moins, qu'il y a eu là quelque erreur de traduction. Hasselt, comme Schurigius, Paullin, Valisneri, etc., pense que l'observation d'Emery n'est qu'une fraude et un mensonge.

Pour nous, nous croyons que l'observation que nous venons de rapporter possède aujourd'hui toute l'authenticité désirable, surtout depuis que M. de Walther en a publié une qui lui ressemble sous tous les points. Toutefois, il est possible, probable même, que la jeune fille dont parle d'Emery, réellement malade d'abord, trouvant amusant de se rendre intéressante alors même qu'elle était guérie, introduisit des pierres dans les replis des conjonctives, et que sa supercherie reconnue détruisit l'authenticité d'un fait qui avait existé en réalité.

OBSERVATION V.

SCHAPERUS. *Ephemerides*. Cent. III et IV. Obs. CLXXVII. p. 421. (1704).

Voici les passages les plus saillants de cette dissertation de Schaper qui porte la date du 26 février 1704 ; elle est rapportée dans cet ouvrage par Lentilius :

Une jeune fille noble, longtemps valétudinaire en 1703, après

avoir été tourmentée vers le commencement du mois de septembre par des douleurs de tête et par l'impossibilité d'ouvrir ses paupières, remarqua dans l'angle interne de son œil droit une petite tumeur qui n'excédait pas d'abord le volume d'une tête de petite épingle, mais qui arriva bientôt à celle d'un pois, sans occasionner de douleur. Divers émollients furent appliqués en vain, et après un mois il s'écoula une sérosité jaunâtre, âcre sans doute, car la douleur de tête augmenta de ce côté, et une nouvelle douleur commença à se faire sentir dans le même angle. Du jour où elle parut l'écoulement de la sérosité cessa, mais non pas la douleur qui, s'étendant plus loin avec la tumeur inflammatoire, occupait la moitié de la tête. Cette petite tumeur qui fut considérée comme une excoriation se tuméfiait comme une éponge; et quoique par moments, pendant quelques jours, l'atrocité de la douleur s'apaisait, néanmoins elle reparaissait tout à coup avec une intensité nouvelle en s'accompagnant de rougeur et d'ecchymose de l'œil, et du resserrement des paupières. Après quatorze jours, le même mal commença à envahir aussi l'œil gauche en s'accompagnant d'inflammation et d'empêchement de l'ouvrir, avec nulle différence autre que la douleur était un peu plus supportable, que les paupières pouvaient avec peine s'écarter un peu le matin, et qu'enfin de ce côté, la vision n'était pas complétement abolie. Vers le 8 octobre on commença à noter de particulier, qu'avant cette époque une tumeur visqueuse semblable à du pus en quelque sorte desséché, était adhérente aux paupières et qu'on l'enlevait en la ramollissant par des lotions, tandis que maintenant il y avait dans chaque œil, et sur chacune de leurs paupières, des cristaux de sel dont on faisait l'extraction partie avec un instrument, partie en les ramollissant par un collyre. Une demi-heure à peine s'était écoulée après cette extraction que de nouveaux cristaux s'étaient formés par suite de la présence d'une grande quantité de sérosité limpide. Il fallait deux fois par jour répéter cette extraction après laquelle la malade se trouvait mieux d'ordinaire parce que la raideur de ses yeux était moins grande après l'enlèvement des *cristaux*. Pendant ce temps tous les remèdes furent donnés en vain, les yeux demeuraient fermés; toutefois, ainsi qu'il a été dit, quand on avait enlevé les cristaux de l'œil gauche, les paupières de cet œil, s'écartant avec peine, permettaient à la pauvre malade d'entrevoir un peu. Le tubercule spongieux fut guéri et devint indolent dans la suite; les pupilles des deux yeux

restèrent saines, à part un peu de rougeur. Depuis le 8 octobre jusqu'au 8 novembre, c'est-à-dire en un mois, on recueillit six gros de cristaux, sans compter ceux qui avaient été dissous par le collyre. Peu à peu, à partir de cette époque, ils diminuèrent de quantité, de telle sorte que le 10 décembre, jour où l'excellent auteur de l'observation vit la malade pour la première fois, les paupières n'étaient plus tourmentées que par très-peu de cristaux, et que quelquefois même il n'y en avait aucun; ils étaient tellement durs, outre les inégalités anguleuses qu'ils présentaient, qu'ils soutenaient assez longtemps le choc du stylet et qu'enfin ils se réduisaient en une poussière très-fine.

OBSERVATION VI.

R. Plot, *Natural History of Oxford-Shire.* Oxford (and London) 1705. fol. Chap. 8. *Des hommes et des femmes.* § 10. p. 200.

« Et parmi des accidents pareils nous pouvons compter une étrange maladie dont fut atteinte Marie, la fille de Jean Collier de Burford, qui rendait des angles de ses yeux une espèce de matière congelée, laquelle, après quelque temps, changea en une sorte de substance pierreuse assez semblable aux pierres qu'on a décrites comme sortant quelquefois de la tumeur appelée *Athéroma.* Je soupçonne par cette raison que cette maladie n'était qu'une espèce plus avancée d'ægilops ou fistule lacrymale, et non pas qu'elle a été causée par un sortilège (fascination) comme le pense Lachmund au sujet des pierres qui sortaient de l'œil gauche de Marguerite, fille de Conrad Brandis de Banteln, puisqu'elle a été guérie de cette maladie par le docteur Turberville de Sarum.

[Il est probable que Plot est tombé ici dans une erreur pour en éviter, il est vrai, une plus grande, et que la fille de Jean Collier de Burford était réellement atteinte de dacryolithes et non pas d'ægilops ni de fistule lacrymale. D.]

OBSERVATION VII.

Guillié. *Bibliothèque ophthalmologique*, tom. 1er, fascicule III, p. 133 et 134. Paris, 1820.

« S'il n'est pas rare de rencontrer sur le bord des paupières,
« surtout à la suite des ophthalmies scrophuleuses, des tumeurs
« arrondies, mobiles, dures, de nature calcaire, formées par

« l'épanchement de la lymphe, auxquelles les anciens ont donné « divers noms (1), il l'est extrêmement de trouver ces concrétions « pierreuses produites par l'humeur lacrymale, comme je viens « de l'observer sur un jeune aveugle, âgé de 15 ans.

« Une ophthalmie violente s'est manifestée à l'œil droit; les « paupières étaient rouges et tuméfiées, toute la face était dans « un état de fluxion (sic).

« Le 3e jour, la fièvre survint avec des douleurs de tête conti- « nues et un sentiment de pression du globe de l'œil contre les « parois de l'orbite. Le 6e jour le repli intérieur de la conjonc- « tive était rempli d'un dépôt sédimenteux, crayeux, mais résis- « tant cependant au toucher, comme du sable très-fin.

« Le 9e jour, j'aperçus dans l'angle externe un petit corps, « allongé, conique, de la grosseur d'une lentille ordinaire, rous- « sâtre et inégal à la surface qui adhérait légèrement à la con- « jonctive; je l'en détachai facilement avec une curette.

« Le malade fut soulagé; je le fis baigner avec une décoction « astringente et détersive. Les symptômes inflammatoires ont dis- « paru peu à peu. Le malade a été purgé le 15e jour, et est ac- « tuellement parfaitement remis de cette ophthalmie qui n'a laissé « aucune trace. Comme c'est le seul fait de ce genre que j'aie eu « occasion de remarquer, et que les auteurs qui ont dit avoir « trouvé des lames osseuses entre la choroïde et la rétine telles « que Haller, Morgagny, Mauchard, etc., n'ont jamais parlé de « concrétions pierreuses dans l'œil, j'ai cru ajouter de l'intérêt et « du poids à mon observation, en donnant un court extrait d'un « mémoire sur cette matière, que le savant Walther vient d'insé- « rer le Journal de Graefe (janvier 1820, p. 123). »

Guillié donne ensuite un extrait de l'observation que nous avons reproduite sous le n° 2.

OBSERVATION VIII.

J. A. Schulze, Praes. ab Vater, *de calculis in locis inusitatis et per vias insolitas exclusis*. Wittemb. 1741. 4 (et in Halleri, Disp. Chir. t. IV).

Thèse VIII. « Pour commencer par les yeux, on sait que dans les canthes des yeux des vieux cerfs il se forme des viscosités qui s'indurent, auxquelles on a donné le nom de *Larmes de cerf* et

(1) Cruveilhier, *Essai sur l'anat. pathol.*, tom. II.

qui ont été rangées parmi les Bézoards. Mais il y a dans les *Ephemerides germ.* cent. III et IV, obs. CLXXVII, 418, une observation curieuse de Lentilius qui rapporte que des concrétions de chassie cristalliforme se sont formées pendant un assez longtemps, et en grand nombre dans les conjonctives des deux yeux d'une jeune fille de grande maison. »

L'observation que Schulze attribue ici à Lentilius n'appartient pas, ainsi que nous l'avons vu plus haut, à cet auteur (v. obs. V), mais à Schaper. Quant aux *larmes de cerfs*, voici ce qu'on lit dans le *Dictionnaire des chasses*, par Baudrillart et de Quingery. Paris, 1834, p. 177.

. . . . « Le cerf a les yeux grands, bruns et également écartés « l'un de l'autre. Il a, au-dessous de l'angle de l'œil et sur un os « spongieux, une fente d'un pouce de profondeur et d'autant de « longueur, sur 8 lignes de largeur, qu'on appelle *larmier*, et « dans laquelle des glandes donnent lieu à la sécrétion d'une hu- « meur grasse et semblable au cérumen des oreilles, qui, d'abord, « est comme de la cire molle, d'une odeur agréable, et qui peu à « peu se durcit en se mêlant avec les poils, acquiert la dureté de « la corne, prend une couleur d'un jaune foncé et brillant, et « conserve son odeur agréable; on appelle cette sécrétion *les* « *larmes du cerf*. On ignore quelle est l'utilité de cet organe. »

On a employé autrefois les larmes de cerf en médecine comme contre-poison (voy. Schaper, loc. cit.); il m'a été impossible d'en trouver à Paris, même à l'Hôtel-Dieu, où l'on conserve religieusement des échantillons nombreux de l'ancienne polypharmacie.

DATES DES OBSERVATIONS CITÉES DE DACRYOLITHES DE LA CONJONCTIVE PAR ORDRE CHRONOLOGIQUE,

1° Felix Plater 1656. — 2° Lachmund 1669. — 3° Garmannus 1670. — 4° Ch. Drelincourt 1672. — 5° d'Emery 1679. — 6° Hasselt 1688. — 7° Schaper 1704. — 8° Plot 1705. — 9° Schulze 1741. — 10° Schurigius 1744. — 11° Haller 1769. — 12° de Walther 1820. — 13° Guillié 1820. — 14° Weller (traduction française) 1828.

§ V. — Dacryolithes faux.

Pour que ce mémoire soit aussi complet que possible, nous avons cru devoir consacrer un chapitre spécial aux concrétions que dans quelques maladies, on voit attachées aux cils, ou ramassées dans le grand angle de l'œil. Nous ne pensons nullement que ces concrétions soient de nature calculeuse, mais qu'elles sont simplement formées par du mucus concrété en croûtes jaunâtres

par suite de l'évaporation de ses parties aqueuses. On verra par les courtes citations que nous allons faire, que cette subdivision était peut-être nécessaire pour éviter la confusion entre deux choses essentiellement différentes, et que les auteurs ont pris pour des calculs les produits ordinaires des conjonctivites catarrhales et des blépharites ciliaires.

FEL. PLATER. *Prax. med.* Bas. 1656. 4.

Tom. 2, lib. 2, p. 906, col. *a.* — « On voit souvent aux angles des yeux, et surtout sur les cils des paupières une matière sablonneuse, grenue, friable, couleur de cendre ou jaunâtre qui s'attache à ces poils pendant qu'ils sont rapprochés durant la nuit quand les yeux sont fermés, et qui s'amoncèle sur eux de sorte que les paupières peuvent avec peine s'éloigner l'une de l'autre et que les yeux s'ouvrent difficilement. Cela se remarque dans cette maladie des yeux qu'on appelle sclérophthalmie, ainsi que nous l'avons démontré dans les *douleurs des yeux.* »

P. 907, col. *b.* — « *Dans la région de l'œil*, ainsi que nous l'avons démontré, une humeur séreuse humecte incessamment et naturellement cet organe, et en est emportée sous forme de larmes; la matière sablonneuse qui provient de ces larmes se produit par la même raison que dans les autres régions : et cela arrive plus facilement si les larmes sont chaudes et âcres, ou si elles contiennent quelque chose de terreux : il résulte de là que cette matière sablonneuse formée dans des yeux encore sains se ramasse dans leurs angles tandis qu'ils sont fermés pendant la nuit, et adhère aux cils quand elle est parvenue sur eux. Une matière semblable se forme de même dans des yeux malades si ces organes sont baignés de larmes, comme par exemple dans l'*épiphora* ainsi qu'il a été dit à propos de cette affection. »

T. 2, l. 3, cap. 4, p. 246, col. *b.* — « Dans l'ophthalmie fausse, [c'est-à-dire dans celle non accompagnée de tumeur] les yeux la plupart du temps sont humides; les larmes qui s'en échappent, limpides dans le commencement, deviennent bientôt épaisses : ces larmes, si elles coulent en grande abondance et fournissent, comme on dit, cause à cette maladie, alors en raison de cet écoulement, surtout si les paupières souffrent, il survient comme les uns l'appellent, un épiphora, ou comme d'autres le nomment, un *taraxis*, ou une *lippitude humide.* Enfin ces yeux fournissent

une matière purulente, les angles en sont remplis, les cils agglutinés ensemble par la viscosité de ce fluide adhèrent entre eux — surtout pendant que le sommeil rapproche les paupières — ils ne peuvent plus se séparer et l'œil ne s'ouvre plus spontanément. Les graviers, tantôt isolés, tantôt réunis en masse s'accumulent dans les angles des yeux et sur les cils, d'où résulte l'affection qu'on nomme *sclérophthalmie*. Assez souvent les paupières se gonflent de toutes parts et se renversent en dehors, puis bientôt reprennent leur place normale pour se gonfler de nouveau. »

JOH. RUDOLP. CAMERARIUS, *Memorabil. Medicin.* centur. VIII. § 35. p. 569. 1683.

Dans son incroyable et amusante confiance dans la vertu lithontbriptique de la pierre néphritique cet auteur rapporte les faits suivants qui, en ce qui touche les yeux du moins, ne se rapportent nullement aux dacryolithes vrais :

« Un homme de haute position était horriblement tourmenté depuis longtemps de douleurs néphritiques, il *porta* [les grands seigneurs d'alors portaient sous forme de bijoux cette pierre qui coûtait fort cher] de la pierre néphritique et supporta ainsi les jours et les nuits. Après quelques septénaires il commença à rendre avec l'urine une foule de grains de sable très-fins et de petites pierres qui étaient comme brisées ou écrasées et qu'avant il rendait intactes, de temps en temps de la grosseur d'une fève, et avec une grande difficulté. Ces grains de sable ne furent pas seulement rendus par les voies urinaires, mais encore par les deux yeux, et en grande quantité par toute la surface du corps. »

Dans le même endroit il rapporte l'histoire d'un marchand de Leipsick qui affirma qu'après avoir pris de cette pierre pendant cinq jours, à cause de douleurs néphritiques, il rendit par les angles des yeux une grande quantité de graviers dont l'âcreté et la salure étaient telles que ces organes devinrent aussi rouges que s'ils avaient été atteints d'une inflammation. S'il avait soin pour remédier à cette incommodité de laver ses yeux avec attention chaque jour, les choses se passaient bien. Mais s'il négligeait cette précaution, pendant son sommeil de la nuit suivante, il s'amassait dans ses yeux une si grande quantité de sable que ses paupières étaient collées, ce qui rendait l'ouverture des yeux moins libre et moins prompte.

—

CORRESPONDANCE.

CAS DE COLOBOME DE L'IRIS DES DEUX YEUX;

Observation recueillie et communiquée par P. M. Mass, docteur en médecine, en chirurgie et en accouchements à Leide (Hollande).

(Voir fig. 6, 7 et 8, planche I.)

Les cas de difformité de l'iris, désignée sous le nom de colobome, ne sont certainement point rares; néanmoins l'observation que je vais rapporter m'a paru assez intéressante pour être consignée dans ce journal.

J'ai été consulté, il y a quelques semaines, par la fille N. B...., âgée de 18 ans, d'une constitution lymphatique, ne présentant aucune difformité ni dans la taille, ni dans les membres; la menstruation s'était établie à 16 ans, et avait toujours été régulière; la santé avait toujours été bonne.

Dès sa naissance, ses parents avaient remarqué que ses yeux étaient difformes, mais la faculté visuelle ne paraissant pas altérée, ils avaient négligé de consulter un médecin. Vers l'âge de 12 ou 13 ans, elle s'aperçut par hasard, en fermant l'œil gauche, que la vue de l'autre œil était moindre. Un chirurgien qui fut consulté, et qui, sans doute ne connaissait point la nature du mal, déclara que cela ne devait pas effrayer, que la vue se rétablirait.

La faculté visuelle a baissé graduellement, et il y a quelques jours elle s'est tout à coup totalement éteinte; toujours elle a été parfaite de l'autre œil, et, depuis lors, elle semble y faiblir.

Voici les remarques qui m'ont été fournies par l'examen des yeux :

Les deux globes sont agités par un mouvement continuel de balancement de droite à gauche, que la volonté ne peut réprimer.

Œil droit. La conjonctive du bulbe et des paupières était saine, à part une vascularisation légère. Un néphélion occupait le quart inférieur et interne de la surface de la cornée et ne pouvait ap-

porter qu'un mince obstacle à l'exercice de la vision. L'œil paraissait aplati ; la capacité de la chambre antérieure semblait normale.

La coloration de l'iris n'était pas la même que celle de l'autre côté ; elle était d'un gris-verdâtre, terne, ce qui me donna à penser que ce diaphragme avait été anciennement le siége d'une inflammation ; mais ni la malade, ni ses parents ne purent se rappeler qu'il eût jamais existé une affection inflammatoire quelconque. L'iris offrait dans la moitié inférieure une fente en forme de V oblique (voir planche I, fig. 6, *b*). La pupille dont le champ ne se trouvait pas au centre de l'iris, ne réagissait en aucune façon à la lumière ; une instillation de jusquiame n'eut aucun effet sur elle. Le cristallin *c* était opaque ; à la partie supérieure et latérale interne du cercle pupillaire se voyait le bord des processus ciliaires *d*.

En examinant l'œil à la loupe (c'est ainsi vu qu'il est représenté pl. I, fig. 8), je reconnus distinctement que la surface du cristallin était parcourue par des stries, et recouverte de points de pigmentum d'un noir-brunâtre ; un semblable point existait dans la partie externe de l'iris (fig. 6. *e*; fig. 8, *a*). L'ombre de l'iris sur le cristallin était presque nulle.

La faculté de voir était abolie de ce côté à tel point que le jour ne pouvait être distingué de la nuit.

Quelle cause avait donc pu faire que la vision se fût instantanément abolie dans cet œil ?

Je n'essaierai point de répondre d'une manière positive à cette question, 1° parce que je n'ai pas vu la malade pendant qu'elle y voyait encore de cet œil, 2° parce que, chaque médecin le sait, il ne faut pas toujours accorder trop de croyance aux récits des malades.

En admettant que la fille N. B... ne m'en ait pas imposé, ne pourrait-il pas être arrivé que la fente de l'iris qui a livré passage aux rayons de lumière, se soit tout à coup trouvée masquée par la descente du cristallin, et qu'ainsi la vision ait cessé de pouvoir s'exercer ?

OEil gauche. La conjonctive du bulbe et des paupières offrait le même aspect que du côté droit. La convexité du bulbe était normale ; la cornée avait toute sa transparence ordinaire, la chambre antérieure sa capacité naturelle. L'iris, d'une nuance bleu-clair, présentait à sa surface trois points d'un vert-jaunâtre. Sa

partie inférieure se trouvait fendue en forme de V, dirigé obliquement de dedans en dehors ; cette fente se dilatait ou se contractait très-sensiblement, selon l'intensité de la lumière. A travers le champ de la pupille, qui se trouvait ici aussi au-dessous du centre de l'iris, je distinguai un commencement d'opacité, qui, trop profonde pour exister dans le cristallin, me parut occuper la surface ou la partie antérieure du corps vitré. Cette tache (fig. 7, *c*) se remarquait dans la partie interne, en rapport avec le diamètre transverse de la pupille. Afin de mieux la distinguer, je dilatai avec la jusquiame; elle m'offrit néanmoins la même apparence, en forme et en grandeur.

En plaçant devant l'œil une bougie allumée, je n'aperçus qu'une seule flamme, dont la pointe était tournée vers le haut; elle se rapportait à la cornée; je ne pus réussir à trouver les deux autres flammes, l'une droite, l'autre renversée, que l'on doit observer selon la méthode de Purkinje, rappelée dans ces derniers temps par M. Sanson. Cette expérience fut renouvelée plusieurs fois, en présence de diverses personnes, et fournit constamment le même résultat. Je me demandai si j'avais affaire ici à une absence congénitale du cristallin? Jamais, dans les yeux dont les membranes et les milieux réfringents sont sains et transparents, l'expérience indiquée par Purkinje et Sanson ne manque de produire les deux flammes droites et une renversée; on peut donc conclure qu'il y a, dans ce cas, ou absence ou déplacement du cristallin.

De cet œil, la malade lit assez bien les caractères de la grandeur de ceux de ce journal; seulement il lui semble que les objets sont entourés d'un léger nuage.

Je pense que les membranes de l'œil gauche deviendront bientôt malades et qu'ainsi sera amenée une diminution de la faculté de voir.

Guérir ce mal serait impossible; garantir l'œil d'une trop vive lumière, voilà tout ce qu'il est indiqué de faire; il y a ici un vice congénital de l'iris, qui fait qu'une trop grande quantité de rayons lumineux viennent frapper la rétine, qui, comme les autres parties internes, est sans doute malade. A droite, le changement de coloration de l'iris, l'impossibilité de distinguer le jour de la nuit, le pigmentum que l'on remarque dans le champ pupillaire et sur le cristallin, contre-indiquent, à mon avis, l'opération de la cataracte.

OBSERVATIONS OPHTHALMOLOGIQUES ;

Par le docteur A. Guépin.

Les deux faits que je vais rapporter ne sont pas sans exemples; ils m'ont toutefois semblé assez remarquables pour figurer dans ce recueil.

I. Absence congénitale des deux yeux.

Le petit Boissières, âgé de 15 à 18 mois, fils d'un aubergiste du Temple, près Nantes, me fut amené en 1834. Les parents pensaient qu'il avait « les paupières soudées », et qu'une opération pourrait lui donner la vue. Je l'ai vu de nouveau en 1839 ou 1840. Cet enfant vient de mourir.

Au premier aspect on était frappé de la faculté avec laquelle on aurait pu faire la charge à la manière de Grandville au moyen d'une tête de porc un peu modifiée ou humanisée, qu'on veuille bien me pardonner cette expression.

Il n'y avait pas ankyloblépharon, mais absence des yeux. En 1834, l'ouverture palpébrale était à peine large de huit millimètres; la cavité orbitaire était considérablement réduite, et extrêmement sensible à l'impression de l'air extérieur et l'on pouvait y voir à plus de 7 ou 8 millimètres de profondeur.

A ma dernière visite, je trouvai l'enfant bien développé et très-intelligent; les organes de l'ouïe, du toucher, du gout, et de l'odorat avaient tous acquis, le dernier surtout, une très-grande subtilité. L'intérieur des paupières était muqueux, mais bien moins humide que cinq années plutôt ce qui me fit présumer que la glande lacrymale s'était atrophiée si, toutefois, elle avait pu exister.

En présence de cet enfant phénoménal, je me suis posé les questions suivantes, que l'autopsie eût seule pu résoudre et qui me paraissent intéresser la science au plus haut degré.

Le nerf optique existait-il, ou son absence avait-elle lieu comme conséquense de la non-existence de l'œil?

Le nerf optique avait-il été remplacé par un filet du trijumeau, comme Geoffroy St.-Hilaire dit que cela a lieu pour la taupe?

Quel était l'état des tubercules quadrijumeaux, ou lobes optiques de M. Serres, qui grandissent, selon ce savant, en raison du volume de l'œil?

Une fausse application d'idées religieuses très-respectables a

privé l'oculistique des recherches que permettait la mort du petit Boissières.

II. Photophobie congénitale.

Madame P., musicienne très-distinguée, m'a consulté dernièrement pour sa petite fille, qui, sans être le moins du monde albinos, a une photophobie congénitale.—Madame P. a eu un autre enfant qui présentait le même phénomène, à un degré plus élevé. Cet enfant est mort du croup. La petite fille en question est âgée de quatre ans, délicate, très-lymphatique; ses cheveux sont bruns; elle était vouée au blanc par sa mère et comme cette couleur paraissait la fatiguer j'ai demandé un changement en bleu, *le vert ne pouvant être proposé.*

Il n'y a jamais eu chez la petite P., qui voit du reste parfaitement bien, la moindre maladie de la cornée ou de l'iris. L'œil est très-sain, mais la photophobie est plus considérable que chez les albinos que j'ai eu occasion de voir jusqu'à ce jour.

Nantes, 21 avril 1842.

BIBLIOGRAPHIE.

COMMENTATIO DE OPHTHALMIA GONORRHOICA; auctore Johanne Nicolao Scherrer, Medecinae, chirurgiae et artis obsetriciae doctore. Phorceni, 1842. 42 pages 8°.

(Analyse par M. le docteur Fallot.)

Mon but, en rendant compte de cette petite monographie, étant purement historique, ne s'agissant pour moi, en entreprenant son analyse, que d'ajouter aux matériaux déjà fournis à ce journal par la littérature allemande sur la question de la blennorrhée oculaire, je me borne à en donner un extrait sommaire et à présenter, sans aucun commentaire, les opinions émises par l'auteur.

Après avoir donné une définition de son sujet et avoir admis deux espèces d'ophthalmie gonorrhoïque, suivant que le processus morbide se borne aux paupières seules ou qu'il s'étend au

bulbe de l'œil, l'auteur s'occupe de la nosographie. — La blépharo-blennorrhée, affection peu grave de sa nature et se terminant en général en un, deux, ou trois septénaires, sans avoir d'autres suites, est caractérisée par la couleur écarlate des muqueuses palpébrales, gagnant quelquefois un peu sur le globe et par une sécrétion d'un blanc-jaunâtre. Ce mucus est produit par le corps papillaire des paupières et non par les glandes de Méïbomius comme dans l'ophthalmie catarrhale. Partant de là, l'auteur établit dès lors, et en passant, quelques signes différentiels entre ces deux espèces d'ophthalmie et fait remarquer que dans la dernière il existe des rémissions et des exacerbations dont la première est dépourvue, que l'évolution de ses symptômes est aussi plus lente et qu'ils n'ont pas la même violence.

Dans l'ophthalmo-blennorrhée et dans la blépharophthalmo-blennorrhée gonorrhoïque, il faut distinguer trois périodes, dont les limites ne sont pas cependant toujours faciles à indiquer; la période inflammatoire ou hydrorrhée, la période blennorrhoïque ou phlegmatorrhée et la période de suppuration ou pyorrhée. — Discutant à l'occasion de la seconde période les opinions de Benedict qui nie d'une manière absolue la propagation de l'inflammation blennorrhoïque aux parties internes de l'œil, et de Lawrence, qui l'admet pour une foule de cas, il se range de l'avis de ce dernier, et, invoquant l'analogie, il argumente des dissections intéressantes faites par le docteur Meyer, de Bonn, et qui démontrent que dans les autres ophthalmies blennorrhoïques, et notamment dans l'égyptienne, dont la similitude avec la gonorrhoïque est frappante, l'iris et la choroïde sont souvent affectées.

Les maladies de l'œil avec lesquelles on pourrait confondre *l'ophthalmie gonorrhoïque* sont l'*ophthalmie syphilitique*, la *blennorrhée simple de l'œil*, l'*ophthalmie égyptienne*, la *blennorrhée catarrhale* et la *blennorrhée scrofuleuse de l'œil*. Les signes diagnostiques sont les suivants : L'ophthalmie syphilitique est, quant à sa nature, une iritis due à l'action du vice vénérien, et par conséquent une syphilis secondaire, qui, même dans son plus haut degré, ne se convertit jamais en blennorrhée, tandis que l'ophthalmie gonorrhoïque est une inflammation de la conjonctive et une blennorrhée primitive qui ne s'étend à l'iris que rarement et seulement dans les cas les plus malins. — Je ne puis pas m'abstenir de remarquer que cette allégation se concilie difficilement avec ce qui a été dit un peu plus haut à l'occasion du dissenti-

ment entre Benedict et Lawrence. — L'ophthalmie gonorrhoïque se différencie de la blennorrhée simple de l'œil par les signes commémoratifs, à savoir : par la coexistence ou la préexistence d'une chaude-pisse, par la violence des symptômes et l'imminence de la désorganisation, par la qualité et la couleur de la matière de la sécrétion ; par cette circonstance encore qu'elle n'attaque d'ordinaire qu'un des deux yeux et de préférence le droit. — Elle se distingue de l'ophthalmie égyptienne : 1° par la différence des causes ; 2° parce que dans cette dernière la première période est en général plus longue et qu'elle envahit le globe de l'œil plus lentement ; 3° le mucus sécrété dans l'ophthalmie gonorrhoïque s'épaissit plutôt, devient plus filant et il est dans la troisième période d'un jaune-vert plus foncé ; 4° l'ophthalmie égyptienne envahit plus communément les parties internes de l'œil ; 5° enfin celle-ci laisse après elle des granulations palpébrales. — Elle diffère de la blennorrhée catarrhale de l'œil en ce que celle-ci succède généralement à une conjonctivite catarrhale et siége presque exclusivement dans la muqueuse palpébrale ; que son mucus est plus blanc et ne prend jamais la couleur d'un jaune-vert propre aux ophthalmies gonorrhoïques ; que ce mucus n'a presque jamais dès le principe un caractère contagieux et qu'il ne l'acquiert que dans les cas les plus graves et les plus rebelles ; qu'elle a des redoublements et des rémissions que l'ophthalmie gonorrhoïque ne présente pas ; que les douleurs y sont moins fortes ; que les ulcères dont elle s'accompagne ne se placent pas sur la cornée, mais de préférence sur les endroits les plus enflammés de la conjonctive, vers les angles des yeux et succèdent à des vésicules jaunâtres ou à des pustules. — Enfin de la scrofuleuse, parce que là aussi les ulcères ne sont jamais produits par une mortification de la cornée comme dans l'ophthalmie gonorrhoïque, mais qu'ils proviennent de phlyctènes, situées vers le bord de la sclérotique et de la cornée et présentant un aspect lardacé. Ensuite la marche de l'ophthalmie gonorrhoïque est beaucoup plus rapide et plus destructive que celle de l'ophthalmie catarrhale ou scrofuleuse.

L'ophthalmie gonorrhoïque est produite : 1° par la contagion ou application directe de la matière blennorrhagique des organes génitaux sur les yeux ; 2° par métastase ; 3° par la sympathie qui existe entre les muqueuses urétrale et oculaire. — L'auteur élève quelques objections contre la possibilité que le porteur d'une blen-

norrhagie génitale infecte ses propres yeux avec la matière de son écoulement urétral, cependant il finit par l'admettre, mais exceptionnellement. Il cite ensuite plusieurs exemples d'ophthalmies gonorrhoïques produites par l'introduction dans les yeux de mucus blennophthalmique ou urétral pris sur un autre; il affirme que de semblables inoculations déterminent des maladies moins graves que celles dont la cause est la métastase, et, semblant oublier que dans son chapitre du diagnostic il a positivement assigné à l'ophthalmie gonorrhoïque pour caractère spécial de n'affecter qu'un seul œil, il invoque l'autorité d'Astruc, Wardrop, Dupuytren et Lawrence pour établir que dans plusieurs cas produits par la contagion les deux yeux se sont à la fois entrepris. — Les conditions de la métastase de la gonorrhée génitale sur les yeux sont : 1° la suppression ou la diminution du flux urétral; 2° une disposition innée ou acquise pour contracter l'ophthalmie. — Les causes de la suppression sont générales ou locales ; la disposition naît d'une organisation particulière de l'œil telle que le développement extraordinaire des vaisseaux de la conjonctive, l'ophthalmie antécédente, surtout la scrofuleuse, ou des puissances nuisibles agissant sur les yeux pendant l'existence de la gonorrhée.

L'intensité de l'ophthalmie dépend en partie de l'état des parties génitales, en partie de la constitution du malade. Elle est d'autant plus forte que l'écoulement génital est plus complétement arrêté et l'urètrite plus parfaitement apaisée. Les hommes robustes qui ont déjà été atteints d'ophthalmie et chez lesquels elle survient par métastase, en sont le plus violemment attaqués. Elle n'affecte en général qu'un œil et c'est de préférence le droit, l'autre restant libre ; toutefois on la voit envahir d'ordinaire celui-ci au bout de quelques jours, mais alors le dernier atteint est généralement moins maltraité; quelquefois cependant c'est à un degré égal. Les hommes sont plus sujets que les femmes à l'ophthalmie métastasique.

La sympathie qui unit physiologiquement la muqueuse des yeux et celle des paupières explique la facilité avec laquelle la gonorrhée génitale produit l'oculaire. L'apparition de cette dernière n'exerce en général aucune influence ni sur la quantité ni sur la nature de l'écoulement génital. Quelquefois cependant elle ne se manifeste qu'à l'époque de son traitement ce qui arrive surtout quand la gonorrhée a duré pendant plusieurs semaines et accom-

pli son cours. D'ordinaire, les ophthalmies gonorrhoïques dues à cette cause se bornent aux seules muqueuses palpébrales et n'ont pas approchant le même danger que celles d'origine métastasique ou infectieuse, ce que l'auteur attribue à ce que par son long séjour dans l'économie et la continuité de son élimination par la muqueuse du canal de l'urètre, le virus gonorrhoïque a beaucoup perdu de son énergie.

Il n'y a pas de maladie oculaire dont le décours soit plus rapide et qui désorganise aussi promptement que l'ophthalmie gonorrhoïque. On mesure la grandeur du danger dont elle s'accompagne par la violence et l'étendue de l'inflammation et surtout par l'*état de la cornée.* Lorsque la tunique conjonctivale du miroir de l'œil est envahie, que les lames sous-jacentes se ramollissent, et surtout quand elles s'obscurcissent il y a peu d'espoir de pouvoir lui rendre sa texture et son usage. Cependant Lawrence a plusieurs fois observé qu'après un commencement de mortification partielle de la cornée, on a pu parvenir à sauver la vue et que des ulcères cornéens d'une certaine étendue se sont guéris sans la diminuer notablement. La force reproductrice de la cornée est quelquefois tellement augmentée en pareil cas, qu'on a vu après la cicatrisation de larges et profonds ulcères, sa transparence se rétablir suffisamment pour permettre aux rayons lumineux de la traverser librement. Mais si la cornée se déchire, c'en est fait de la vue, ce qui arrive souvent, et malgré les médications les plus énergiques, quand l'ophthalmie est métastasique et que la gonorrhée se supprime complétement. Si les deux yeux s'entreprennent successivement, le dernier atteint est en général le moins menacé.

Quatre indications générales se présentent dans le traitement :

1° Il faut avant tout combattre l'inflammation par des moyens antiphlogistiques ; ensuite

2° Rappeler l'écoulement urétral supprimé ;

3° Arrêter les sécrétions augmentées et dépravées de la conjonctive ;

4° Réprimer les processus végétatifs de la conjonctive.

Chaque période de la maladie exige un traitement différent.

Dans la première il faut saigner du bras, en le faisant de préférence sur celui du même côté que l'œil primitivement attaqué et répéter la saignée au besoin ; il est rare qu'on soit obligé d'y revenir trois fois ; apposer ensuite des sangsues derrière les oreilles

ou à la région sus-orbitaire, dont on favorise l'écoulement par des lotions, faire par continuité des applications d'eau froide qu'on renouvelle souvent; recourir enfin à de puissants dérivatifs tels qu'une vésicatoire à la nuque, des pédiluves très-irritants, des sinapismes aux mollets et à la plante des pieds. — Joindre à cela un régime sévère entièrement antiphlogistique, placer le malade dans un lieu frais, faiblement éclairé. — Intérieurement on prescrit des laxatifs antiphlogistiques. — Les moyens propres à rappeler l'écoulement urétral doivent varier suivant l'état dans lequel se trouve le canal : si la suppression du flux dépend de son inflammation il faut calmer celle-ci par des sangsues posées sur le périnée, les ventouses scarifiées à l'intérieur des cuisses, des fomentations ou des cataplasmes tièdes narcotisés sur les parties génitales, des bains chauds et des injections émollientes dans le canal de l'urètre ou le vagin.

Quand l'inflammation génitale est apaisée sans que l'écoulement reparaisse, il faut tenter un moyen spécifique pour le rappeler.

On a eu recours en pareille circonstance, et avec succès, à un coït impur ou à l'introduction d'une bougie imbibée de mucus blennorrhagique. — A défaut de ces moyens il faut employer des injections irritantes, comme par exemple une solution de deux grains de tartre stibié dans 4 onces d'eau distillée, ou des bougies enduites d'une pommade de précipité rouge ou de pierre infernale, de potasse caustique ou de sublimé. — Si déjà il y a de l'écoulement aux yeux, on peut se servir de cette matière même pour opérer l'inoculation. L'auteur a fait deux fois usage de ce procédé avec plein succès. — Quand l'écoulement génital est seulement diminué, on peut par des cataplasmes chauds l'activer et provoquer de cette manière une énergique dérivation. — L'excision autour de la cornée de la conjonctive chémosiée est une opération condamnable plus propre à augmenter l'inflammation qu'à la combattre. Tout au plus peut-on permettre de réséquer quelques plis engagés dans la fente palpébrale et qui augmentent la phlogose par l'irritation qu'y entretient la compression des paupières tuméfiées.

La médication antiphlogistique, et principalement la saignée et les embrocations froides, sont encore à leur place dans la seconde période; il est cependant quelquefois nécessaire de remplacer ces dernières par des fomentations tièdes, émollientes, narcotiques; mais c'est ici qu'il faut songer surtout à supprimer

ses sécrétions, qui pèchent par leur quantité et leur qualité. C'est à cela que servent les astringents, tels que le sublimé, le sulfate de cuivre, l'alun, le nitrate d'argent, les précipités rouge et blanc, la pierre divine, le sulfate de zinc, l'extrait de saturne.

Il est rare que ces moyens suffisent pour conjurer le degré le plus grave, savoir l'ophthalmo-blennorrhée : en pareil cas, il faut faire usage de l'opium. Du moment que l'inflammation est diminuée et que les douleurs sont apaisées ou amoindries, il faut introduire de la teinture d'opium dans l'œil et si elle rappelait les douleurs ou le gonflement recourir à des préparations astringentes.

Pour réprimer la vie végétative des paupières il faut se servir de la pommade avec le précipité blanc. Cependant un moyen plus sûr d'y remédier et de prévenir en même temps les ulcères de la la cornée c'est le chlorure de chaux. Employé avec opportunité dans la seconde période, non-seulement il modifie l'inflammation spécifique et s'oppose à la formation des ulcères, mais il arrête rapidement les processus végétatifs et les sursécrétions muqueuses. On se sert en même temps du calomélas comme dérivatif sur les intestins, et les vésicatoires, les sinapismes et les pédiluves irritants ne sont pas négligés. Il est indispensable de débarrasser incessamment l'œil du mucus qui tend à s'y accumuler. C'est ce qui se fait le mieux avec une infusion de feuilles de mauves et une décoction de têtes de pavots, ou une solution de pierre divine ou de sublimé avec addition de quelques gouttes de laudanum liquide. Les douleurs intra- et sus-orbitaires qu'on remarque dans cette période, étant de nature nerveuse, cèdent aux narcotiques. Le malade doit garder le lit et observer une stricte diète. A l'intérieur on peut administrer l'eau de laurier-cerise, qui exerce une action spécifique sur les membranes muqueuses, l'opium, la poudre de Dower, les sels de morphine, l'extrait de jusquiame.

Enfin, dans le traitement de la troisième période, il faut surtout avoir égard aux ulcères de la cornée. Quand ils sont peu enflammés il faut les toucher avec la teinture d'opium ou le chlorure de chaux, et tâcher de dériver par les vésicatoires, les sinapismes et les purgatifs ; s'ils le sont beaucoup, on doit combattre l'inflammation par quelques évacuations sanguines locales, et, après y être parvenu, recourir à la médication qu'on vient d'indiquer. — Quand les ulcères sont fort étendus, très-profonds, qu'ils intéressent plusieurs lames de la cornée, qu'ils offrent un

fond jaune ou jaunâtre, on se sert avec avantage d'une solution de pierre divine, de sublimé, de sulfate de cuivre ou d'alumine, d'acétate de plomb. L'auteur rappelle que dans ces cas les Anglais ont recommandé de fortes solutions ou des pommades de nitrate d'argent. — Parvient-on par là à enrayer les progrès du mal, il faut s'attacher à restaurer le malade en lui rendant une nourriture plus substantielle et plus abondante ; mais ce point demande de grandes précautions. On peut lui permettre de quitter son lit, et de faire quelques exercices visuels, mais en agissant avec lenteur et une grande prudence. — S'il est robuste, on continue à le purger modérement et on panse son vésicatoire avec de l'onguent de sabine ; mais s'il est débile on lui prescrit des toniques, parmi lesquels un des meilleurs et la décoction de Kina avec l'elixir acide de Haller.

Quant aux granulations que la maladie peut laisser après elle, il faut les enlever le plutôt possible, soit avec l'onguent de précipité blanc soit avec la pierre infernale. Les ciseaux ou le scalpel doivent faire justice des productions sarcomateuses, après quoi on touche les paupières avec de la teinture d'opium, plus tard avec une forte solution de sulfate de zinc ou de pierre infernale et on dérive fortement sur les intestins à l'aide de purgatifs. La sensibilité oculaire qui suit cette maladie et entretient la disposition à la contracter de nouveau cède le mieux aux dérivatifs intestinaux, aux vésicatoires et aux fonticules et à des lotions faites sur le front avec de l'eau de laurier-cerise opiacée. On y est parvenu aussi avec des fomentations astringentes, anodines et des bains tièdes. Contre des taches de la cornée, qui avaient résisté à tout autre moyen, on a employé avec succès un collyre fait avec 4 grains de chlorure d'or dans une once d'eau distillée.

Quelque arrêtée que fût ma résolution de me renfermer dans une simple analyse de cette dissertation, sans y ajouter aucune réflexion critique, je ne puis me dispenser de faire observer au lecteur tout ce qu'il y a de gratuit dans les signes différentiels établis par l'auteur entre l'ophthalmie blennorrhoïque et celles avec lesquelles il pense qu'on pourrait la confondre et quelles flagrantes contradictions il existe entre son chapitre diagnostic et plusieurs endroits de son traité. — J'en ai déjà signalé deux en passant dans le cours de ce travail, je pourrais y ajouter que les granulations qui sont données d'un côté comme un symptôme particulier à l'ophthalmie égyptienne, figurent ailleurs comme un

phénomène consécutif de l'ophthalmie gonorrhoïque, donnant même lieu à une indication spéciale. Y a-t-il rien de plus vague et de plus mal assis que des caractères différentiels qu'on ne peut désigner autrement que par ces expressions indéterminées d'un peu plus ou un peu moins? N'y a-t-il pas une foule de circonstances, soit provenant de l'individu ou amenées du dehors, mais étrangères à la nature de la maladie; qui peuvent influer sur la couleur des sécrétions, leur consistance, l'intensité des symptômes, la rapidité de la marche et que deviennent, au milieu d'elles, des signes pathognomoniques qui n'ont pour base que ces couleurs, cette densité, ce prompt décours ou cette violence des phénomènes? — Au reste, nous ne faisons pas à l'auteur un reproche du peu de fixité qu'il a su donner aux signes différentiels. Nous sommes convaincus que tout autre que lui, se livrant à la même recherche, échouera sur le même écueil. Nous l'avons dit et imprimé plusieurs fois, et l'expérience de chaque jour nous confirme davantage dans cette opinion. — Phénoménalement, il n'y a aucun moyen de différencier les ophthalmies blennorrhagiques des autres blennorrhées oculaires. : les différences de couleur, sur lesquelles nous savons qu'on a tant insisté, n'ont aucune signification précise et nous avons vu plus d'une fois ceux qui y attachaient le plus d'importance s'y tromper lourdement. — La coexistence ou la préexistence d'un écoulement génital n'est pas elle-même un signe certain et constitue tout au plus une présomption; car, ainsi que nous en avons déjà fait la remarque ailleurs, rien n'empêche le porteur d'une chaude-pisse de contracter une conjonctivite avec laquelle sa gonorrhée n'a rien de commun. — Dans un examen d'ophthalmologie, on présenta à un candidat un malade porteur d'une conjonctivite et d'une chaude-pisse. Imbu des idées des ophthalmologues allemands sur la constance de la direction, de la distribution et de la couleur des vaisseaux dans les diverses espèces d'ophthalmies spécifiques, le récipiendaire soutint fermement que l'ophthalmie était catarrhale. Son diagnostic fut amèrement censuré; les plus indulgents le qualifièrent de superficiel et de précipité, et, à l'exhibition de l'écoulement urétral il perdit lui-même toute contenance. Et, cependant, il avait peut-être parfaitement raison. Sans doute on pouvait lui reprocher de ne pas avoir exploré les parties génitales avant de se prononcer sur la nature du mal et d'avoir négligé ainsi un des moyens de former son diagnostic; mais, à mon avis,

il n'y avait pas dans l'espèce corrélation nécessaire entre les deux blennorrhées, et celle de l'urètre pouvait être complétement indépendante de celle des yeux. — J'y aurais attaché, du reste, peu d'importance. Si le rappel de l'écoulement génital supprimé ou l'avivement de l'écoulement ralenti était aussi essentiel à la guérison des ophthalmies gonorrhoïques que le prétend notre auteur après beaucoup d'autres, il serait, j'en conviens, de la plus haute urgence d'être bien fixé sur l'origine du mal avant d'employer des moyens curatifs; mais je suis loin de partager son opinion sur ce point et je pense que les tentatives faites pour rappeler l'écoulement génital ont le double désavantage de faire perdre du temps et négliger des moyens précieux pour la guérison et de produire une irritation locale qui peut augmenter celle des yeux et attiser leur inflammation. — J'en dirai autant des révulsifs et des dérivatifs cutanés auxquels, à mon sens, l'auteur fait une part beaucoup trop large dans le traitement : c'est au moins ce qui résulte de mon expérience propre. — Au reste, c'est un point très-controversé et qui, pour être débattu avec le soin qu'il mérite, demanderait un autre espace que celui dont je puis disposer aujourd'hui dans ce journal.

FALLOT, médecin principal.

NÉCROLOGIE.

Antoine Gérard van Onsenoort.

ANTOINE GÉRARD VAN ONSENOORT naquit à Utrecht le 27 octobre 1782. Son père, qui y exerçait la chirurgie, fut reçu en 1786 membre (*Gildebroeder*) du collége médico-chirurgical.

A peine âgé de 9 ans, van Onsenoort, qui avait déjà perdu sa mère, vit mourir son père. Il fut alors admis, avec un frère et une sœur, dans l'hospice des orphelins protestants, établi dans sa ville natale.

Les régents de cet établissement ne tardèrent pas à remarquer les heureuses dispositions naturelles de leur pupille, dont le goût pour une profession manuelle paraissait prédominant. Après avoir

appris à lire et à écrire, van Onsenoort choisit pour métier celui de menuisier. Son assiduité au travail était exemplaire. Ses heures de repos étaient consacrées à la lecture et surtout à l'étude de la langue française, que l'invasion de la Hollande par les Français lui donna occasion d'apprendre.

Son désir d'acquérir de l'instruction devint de plus en plus prononcé, et lui fit bientôt concevoir du dégoût pour la profession qu'il avait embrassée. Il sollicita des régents de l'établissement l'autorisation d'étudier la chirurgie. On s'empressa de souscrire à sa demande, et il fut placé en apprentisage chez un chirurgien de grand mérite, J. A. van de Water.

Les progrès de van Onsenoort furent si rapides qu'au bout d'une année, il put subir *avec distinction* un examen sur l'anatomie. Il était alors âgé de 17 ans. Après avoir étudié deux années sous van de Water, il se rendit à l'école de chirurgie d'Amsterdam, où il resta jusqu'en 1804, qu'âgé de 22 ans, il fut admis dans l'armée en qualité de sous-aide et désigné pour être attaché à l'hôpital militaire de La Haye. Huit mois plus tard (mai 1805) il fut promu au grade de chirurgien aide-major, et presque immédiatement après il reçut sa nomination de chirurgien de première classe. Un arrêté du roi Louis Bonaparte, en date du 17 janvier 1806, lui conféra bientôt le titre de chirurgien principal, et l'attacha en qualité de médecin (*lyf-medicus*) à MM. van Grasveld et Daendels, nommés gouverneurs-généraux des possessions hollandaises aux Indes-Orientales. Il s'embarqua avec ce dernier sur un vaisseau américain qui devait se rendre à Batavia en touchant l'Amérique du Nord. Il eut ainsi l'occasion de séjourner à New-Yorck, et il en profita pour augmenter la somme de ses connaissances. Faisant voile de cette ville pour Java, le vaisseau qu'il montait fut capturé par les Anglais.

A peine rentré de captivité, van Onsenoort s'embarqua sur la frégate de guerre *Gelderland* (La-Gueldre) pour la côte de Guinée, d'où il devait gagner Batavia. *La Gueldre* mit à la voile du Texel le 5 mars 1808; le 24, une voie d'eau força de relâcher à Bergen en Norwége. Le 4 mai, le navire reprenait sa route : le 19, il était pris à l'abordage par la frégate anglaise *The Virginia*.

Van Onsenoort, qui se trouvait à bord comme passager, prodigua ses soins aux blessés. Conduit à Cork, et de là à Plymouth, il dut à la circonstance qu'il était inscrit sur les rôles du bâtiment en qualité de passager, de ne point subir le sort des prisonniers

de guerre ; au lieu d'être gardé à bord des pontons, il fut envoyé à Moreton Heamstead, dans le comté de Devonshire. En février 1809, il put rentrer en Hollande, et il fut immédiatement replacé dans l'armée ; il assista dans le cours de cette année à l'affaire de l'île de Walcheren, contre les Anglais.

La Hollande ayant été incorporée à l'empire français, on envoya van Onsenoort en qualité de chirurgien-major à l'armée qui occupait le Portugal (janvier 1811) et qui passa ensuite en Espagne ; il assista aux divers combats qui furent livrés dans ces deux pays. A Salamanque, c'est lui qui porta les premiers soins au maréchal Marmont, dangereusement blessé.

Lors de la rentrée en France de l'armée d'occupation d'Espagne, van Onsenoort passa à l'armée du Sud, le 16 mai 1814. Il servit ensuite au 1er de ligne, depuis l'abdication de l'Empereur jusqu'au 31 août, qu'il obtint sa démission pour rentrer dans son pays, qui avait cessé de faire partie de la France.

Il profita du temps qui devait s'écouler jusqu'à la réception d'une nomination en Hollande, pour séjourner à Paris et y suivre les grands maîtres.

Lors de la bataille de Waterloo, en 1815, on lui confia le traitement des blessés prussiens, à l'hôpital formé à Louvain. 12 à 15,000 soldats de cette nation reçurent ses soins du 18 juin au 6 octobre, qu'il remit le service au médecin principal prussien Weber. Il fut secondé dans sa pénible tâche par le baron Larrey, qui avait été fait prisonnier. M. de Graefe, médecin en chef de l'armée prussienne, signala à son gouvernement les services rendus par van Onsenoort, et sollicita pour lui la croix de chevalier de l'ordre de l'Aigle rouge.

Un arrêté du roi Guillaume Ier, décréta, le 20 mars 1817, la création de deux hôpitaux d'instruction, l'un à Leide, l'autre à Louvain. En 1818, van Onsenoort fut désigné pour diriger ce dernier établissement et y enseigner la chirurgie théorique et pratique et l'ophthalmologie ; le cours d'ophthalmologie pour les élèves de l'Université lui fut en même temps confié. Il prit dans la même année le grade de docteur en médecine et en chirurgie.

Les deux hôpitaux d'instruction ayant été fondus en un seul, qui fut ouvert à Utrecht en 1822, le roi appela van Onsenoort aux fonctions de premier officier de santé-directeur de cette école. Vers la fin de 1827, le gouvernement « voulant lui donner l'occa« sion de continuer plus aisément ses travaux littéraires, en le

« privant de grandes occupations (1) » l'envoya à Nymègue en qualité de premier officier de santé de la garnison ; van Onsenoort sollicita la permission de séjourner provisoirement à Utrecht et sur l'ordre qu'il reçut de se rendre à son poste, il donna sa démission.

Les élèves de l'hôpital d'instruction sentirent vivement la perte qu'ils faisaient. Ils offrirent à leur maître une magnifique trousse en argent, comme un témoignage de leur reconnaissance et du regret qu'ils éprouvaient de se voir privés de ses leçons.

A dater de ce moment V. O. se livra tout entier à la pratique et à la littérature.

Une affection rhumatismale dont il avait éprouvé les premières atteintes en Espagne, et qui l'avait parfois fait beaucoup souffrir dans ces dernières années, prit tout à coup, vers la fin de novembre 1841, un caractère alarmant ; le 23 décembre il n'était plus. Il était âgé de 59 ans, 1 mois et 26 jours.

S. M. le roi Guillaume II lui avait accordé, huit mois auparavant, la pension due à ses bons et loyaux services.

Les paroles suivantes, prononcées sur la tombe de Sanson, par M. Pigné (2), semblent avoir été dites pour van Onsenoort :

« Pendant toute sa carrière il n'a pas démenti un seul instant le caractère indépendant qui le distinguait dans sa jeunesse ; il fut toujours ferme, souvent sévère, mais jamais inflexible : c'est que, à la justice, et au sentiment profond du devoir, qui lui faisaient réprimander les écarts, il joignait la bonté, qui lui faisait pardonner les fautes qu'on avait commises.

« Si les paroles qu'il adressait à ceux qui manquaient à leurs devoirs étaient parfois dures, elles étaient toujours tempérées par quelques mots conciliateurs ; et, quelque rudes que fussent quelquefois ses reproches, on les lui pardonna toujours, parce qu'ils étaient bientôt suivis de paroles qui annonçaient la paix et pro-

(1) Tous les détails qu'on vient de lire sur la vie de van Onsenoort, sont extraits de la notice publiée par M. van der Monde, libraire à Utrecht, dans la livraison de mai 1842 de la *Nederlandsch Lancet*. C'est à la suite de basses accusations que van Onsenoort tomba en disgrâce et fut envoyé à Nymègue ; il est vrai que lorsqu'il réclama contre la mesure qui le frappait, on lui répondit « que « ses occupations étant trop nombreuses à Utrecht, on l'en privait afin qu'il lui « fût permis de continuer ses travaux littéraires » ; ainsi que le dit M. van der Monde : « ten einde hem, bij ontheffing van vele werkzaamheden meer gelegen- « heid te geven tot de voortzetting van zijnen letteraarbeid. »

(2) L'Examinateur médical, 1841, p. 74, feuilleton.

mettaient l'oubli du passé. Plusieurs d'entre nous l'ont vu rétracter en public des reproches immérités et même (chose courageuse et rare !), faire spontanément des excuses, dès qu'il reconnaissait ses torts.

« La flatterie n'effleura jamais ses lèvres, il la méprisa toujours chez les autres. Fier envers les puissants, il sut, toutes les fois que l'occasion s'en présenta, descendre au niveau de ses inférieurs. Mieux que personne il sentit que les sollicitations ravalent celui qui les fait et dégradent celui qui les reçoit. Que de tribulations le culte de la vérité ne lui a-t-il pas préparées? Que d'amertune ne lui a-t-il pas fait éprouver ! »

Tel était bien van Onsenoort.

Comme Sanson : « Praticien, il se souvint toujours qu'il avait été nourri à l'école du positivisme le plus pur; aussi ne donna-t-il jamais rien au hasard. S'il n'eut pas le génie innovateur, il possédait au suprême degré un grand sens chirurgical qui lui faisait discerner avec une merveilleuse sagacité, ce qui, dans les inventions modernes, pouvait être applicable sans danger de ce qu'elles pouvaient avoir de funeste.

« Professeur, il inspira toujours le respect, parce que grave et sérieux en public, il ne donna jamais prise à la plaisanterie; il n'inspira jamais de crainte, parce qu'on avait foi en sa justice....

« Il commit peut-être moins d'erreurs que qui que ce soit, et il en a avoué plus que personne. Loin de les pallier, il les rappelait souvent, pour les faire servir à l'enseignement de ses auditeurs. S'il n'eut pas le talent de la parole, nul ne fut plus méthodique; nul mieux que lui ne sut débarrasser ses leçons et ses écrits de toutes ces phrases sonores qui fixent momentanément l'attention, mais ne laissent rien après elles. Il fut trop loyal pour s'attribuer jamais les idées d'autrui; il fut trop généreux pour se plaindre des larcins qu'on lui faisait. »

Van Onsenoort a publié les ouvrages suivants :

Verhandeling over de graauwe Staar, met betrekking tot de verschillende kunstbewerkingen, welke tegenwoordig tot derzelver genezing in gebruik zijn, alsmede iets over den kunstigen Oogappel en de belangrijkste, sedert Cheselden tot op heden aangewende en nog bestaande methoden, door welke dezelve kan gevormd worden. Amsterdam bij Sulpke, 1818, gr. 8°.

C'est la traduction hollandaise de sa thèse inaugurale, *De Cataracta*, qui n'a pas été livrée à l'impression. C'est un exposé fidèle des méthodes connues alors (1818) pour l'opération de la cata-

racte, et une histoire raisonnée de l'opération de la pupille artificielle depuis Cheselden.

Operative Heelkunde, stelselmatig voorgedragen, in drie deelen. 8°. Amsterdam, 1822-24, bij Sulpke.

Les deux premiers volumes seulement ont été publiés.

Geneeskundige Heelkunde, stelselmatig behandeld, ten leedraad bij zijne lessen, en in verband gebragt met zijne operative Heelkunde. Amsterdam, 1825, bij Sulpke.

Le premier volume de cet ouvrage, formant l'appendice de l'*Operative Heelkunde*, parut en 1825. Ces deux livres sur la médecine opératoire étaient destinés à ses élèves; il les a refondus depuis en un seul, sous le titre de :

De Operative Heelkunde, stelselmatig voorgedragen. 2[de] verbeterde en zeer vermeerde druk. 3 deelen, 4 stukken. Amsterdam, bij Sulpke. 1835-37, met platen.

En 1828, il fit paraître à Gorcum, une brochure ayant pour titre :

Beschrijving van den heelkundigen veldtoestel (*Apparatus chirurgico-castrensis*) door D[r] van Onsenoort uitgevonden en verzameld, en onder zijn opzigt vervaardigt door F. Bonneels. Gorinchem, bij J. Noorduijn, 1828. met afbeeld. gr. 8°.

Cette brochure parut en même temps en français à Bruxelles; elle est intitulée :

Description de l'appareil chirurgical de campagne composé par A. G. van Onsenoort, et confectionné sous sa surveillance par F. Bonneels. Bruxelles, 8° avec fig.

Les chirurgiens militaires français ne se doutent guère que c'est van Onsenoort qui a inventé la trousse-giberne qui fait aujourd'hui partie de leur tenue, et qui est depuis longtemps en usage dans le service de santé de l'armée belge.

Ainsi que nous l'avons dit dans une lettre adressée l'an dernier à l'Institut de France (*Ann. d'Oc.*, V, p. 202, *Gaz. méd. de Paris*, 25 sept. 1841), aucun auteur ne mentionne le procédé pour le déplacement pupillaire que le chirurgien hollandais a fait connaître en 1822 dans les *Annales de la médecine physiologique de Broussais* (tome II, p. 97, contrefaçon belge), et en 1823 dans le journal de Moll et Van Eldik (1). En 1829, il décrivit de nouveau sa méthode opératoire, dans son histoire de la pupille artificielle :

Bijdragen tot de geschiedenis der vorming van eenen kunstigen Oogappel

(1) Practisch Tydschrift voor den geheelen omvang der Geneeskunde.

in het algemeen, en tot die voor Nederland in het bijzonder, inzonderheid om deze kunstbewerking volgens geheel nieuwe methoden en daartoe uitgedachte, zeer eenvoudige instrumenten te verrigten. Gestaafd door practische gevallen. Utrecht, bij *N. van der Monde*, 1829. gr. 8° met gekl. en andere platen.

Ouvrage complet, dans lequel est fidèlement rappelée la part qu'ont prise, dans les progrès de cette opération, les chirurgiens du royaume des Pays-Bas.

De Militaire Chirurgie geschiedkundig beschouwd en met betrekking tot derzelver uitoefening; zoo bij de Land- en Zeemagt als in de Koloniale dienst onderling vergeleken, benevens de pligten, die een Officier van Gezondheid, zoo in vrede als in oorlogstijd, doch inzonderheid op het slagveld te vervullen heeft; geschetst in eene redevoering bij gelegenheid van den aanvang der lessen in den jare 1822 in het Groot Rijks Hospitaal te Utrecht. bij *N. van der Monde*, gr. in 8°. met het Portret van den schrijver. 1829.

Ce discours sur l'histoire de la chirurgie militaire, et sur les devoirs des officiers de santé des armées de terre, de mer et des colonies, tant en temps de paix qu'en temps de guerre, et sur le champ de bataille, a été prononcé par van Onsenoort à l'occasion de l'ouverture des cours à l'hôpital militaire d'instruction d'Utrecht, en 1822.

De kunst om de oogen wel te verplegen en voor ziekten te bewaren, een Handboek ten dienste van alle standen, geslachten en ouderdom, volgens eene rijpe ondervinding te zamengesteld, met afbeeldingen. Utrecht, 1829, bij *N. van der Monde*, gr. 8°.

Ce livre est le premier qui ait été écrit en hollandais sur l'hygiène oculaire; il n'a pas eu tout le succès qu'il méritait.

Geschiedenis der Oogheelkunde als inleiding tot het onderwijs derzelver betracht. Eene redevoering gehouden bij den aanvang der lessen te Leuven in 1818, benevens een overzigt der litteratuur betreffende dit onderwerp, sedert dien tijd tot op heden. Utrecht, 1838, bij *N. van der Monde*, 1838. gr. 8°.

Lors de l'ouverture du cours d'ophthalmologie donné par lui à Louvain, en 1818, van Onsenoort prononça sur l'histoire de l'ophthalmologie, un discours qu'il fit imprimer seulement en 1838, en y joignant un aperçu sur les travaux ophthalmologiques publiés depuis sa rédaction. Cette esquisse de l'histoire de l'ophthalmologie a été jugée digne des honneurs de la traduction en allemand, par le docteur Wutzer, professeur à la Faculté de Bonn, qui l'a fait paraître sous le titre de :

Geschichte der Augenheilkunde als Einleitung in das Studium derselben, von *A. G. van Onsenoort*. Aus dem Holländischen ubersetzt. Mit einem Vorworte von Ritter *Dr Wützer*, könig. preuss. Geh. Medicinalrathe u. Professor in Bonn.

M. le chevalier d'Ammon (*Monatsschrift*, I, p. 672) a rendu le compte le plus flatteur de cette production ; elle se distingue, dit-il, par une exposition claire, par une connaissance approfondie du sujet ; tous les travaux des ophthalmologues des diverses nations y sont fidèlement mentionnés.

Ce travail ne constituait que la préface du *Manuel d'ophthalmologie* que le chirurgien hollandais préparait. Dix-huit mois plus tard parut son

Genees- en Heelkundig Handboek over de Oogziekten et Gebreken, in derzelver geheelen omvang ; 2 deelen met 4 gekleurde platen. Amsterdam, bij *C. G. Sulpke*, 1839—1840.

En faisant passer dans la littérature hollandaise la connaissance des progrès que l'oculistique a faits dans ces dernières années chez les autres peuples de l'Europe, en faisant connaître les résultats de sa longue pratique, van Onsenoort a ouvert une nouvelle ère à cette science dans sa patrie. Il continuait son œuvre dans la tribune qu'il avait ouverte, en 1838, à la chirurgie pratique et à l'ophthalmologie (1), lorsque la mort est venue le frapper.

Comme Sanson, dont la vie offre des points si frappants de ressemblance avec la sienne, et qui, lui aussi, passa ses plus belles années au milieu des camps, et y contracta la maladie qui le conduisit prématurément au tombeau, van Onsenoort, avec un talent supérieur et incontesté, vécut pauvre ; au moment où l'injustice commise à son égard venait d'être réparée, au moment où il entrevoyait le bonheur et la fortune, il a été brusquement arrêté dans sa carrière, il est mort n'ayant goûté aucun des plaisirs de la vie et n'en ayant connu que les soucis et les misères.

Mais qui le croirait ? Il ne s'est trouvé en Hollande aucun médecin pour retracer les services rendus à la science par l'homme qui venait de lui être enlevé !

Les soins d'écrire sa biographie ont été abandonnés à une personne étrangère à la science, qui a pu dire, il est vrai, les périls, les dangers de sa vie militaire, les éminentes qualités du cœur qui le distinguaient, mais qui n'a pu s'occuper de sa carrière littéraire et scientifique.

Une pareille ingratitude ne se conçoit pas chez un peuple qui

(1) Le journal qu'il a fondé en 1838, *Nederlandsch Lancet*, était exclusivement consacré à la chirurgie pratique et à l'ophthalmologie. (Tijdschrift aan de practische Chirurgie en Oogheelkunde gewijd.)

se prend si souvent d'une admiration sans bornes pour des hommes qui ont accompli des choses fort ordinaires !

L'étranger semble s'être imposé la loi de venger van Onsenoort de l'indifférence de ses compatriotes.

Déjà nous avons vu M. Sichel déplorer sa mort (*Mém. sur le glaucôme*, art. Schröder van der Kolk).

Nous avons rappelé plus haut le jugement de M. d'Ammon sur une de ses productions.

En Belgique, les Sociétés des Sciences médicales et naturelles de Bruges, de Bruxelles, de Malines; les Sociétés de médecine d'Anvers, de Bruges, de Gand, de Louvain; le Cercle médico-chirurgical de Bruxelles; la Société scientifique et littéraire du Hainaut; en France, le Cercle médical de Montpellier, avaient inscrit son nom sur la liste de leurs membres correspondants.

Nous venons aujourd'hui, au nom de tous les Belges ses anciens disciples aux hôpitaux militaires d'instruction de Louvain et d'Utrecht, payer un pieux tribut de reconnaissance à la mémoire d'un professeur qu'ils aimaient et dont le dévouement pour eux ne connut point de bornes.

Tous, ils ont pleuré la mort de ce maître sage et éclairé, qui a guidé leurs premiers pas dans la science, et qui s'est toujours montré si fier de leurs succès.

VARIÉTÉS.

M. le docteur Neumann, de Strasbourg (Prusse-Occidentale), a rapporté dans la *Casper's Woechenschrift*, 1842, n° 9, l'observation d'un cas d'entropion guéri par la méthode sous-cutanée. Le chirurgien allemand croit avoir, le premier, songé à la division sous-cutanée des muscles palpébraux dans l'entropion; il ignore donc que M. Cunier y a eu recours près de deux années avant lui, et avant que M. Dieffenbach eût divisé l'élévateur palpébral (*Verein's Zeitung*, 1841, n° 47).

M. Neumann reconnaîtra les droits de priorité de son confrère belge, en ouvrant les *Annales d'Oculistique* d'avril et mai 1841 et de septembre de la même année, et en consultant la lettre du docteur Pétrequin de Lyon à l'Institut de France (*Gaz. méd. de Paris*, 10 septembre 1841, p. 587) ainsi que l'ouvrage du docteur Phillips *sur la ténotomie sous-cutanée*, p. 204, etc., etc.

— Nous avons omis d'indiquer que le travail de M. Bonnet, reproduit dans notre livraison de ce mois, est extrait de son *Traité des sections tendineuses*.

ANNALES

D'OCULISTIQUE.

Tome VII. — 5e livraison. — Août 1842.

COMPTE-RENDU

DES MALADIES OBSERVÉES A L'INSTITUT OPHTHALMIQUE DE BRUXELLES, DU 1er OCTOBRE 1840, AU 31 DÉCEMBRE 1841;

Par le docteur FLORENT CUNIER.

(Suite. Voir la livraison du mois d'avril.)

—

§ IX. CORPS ÉTRANGERS FIXÉS DANS LA CORNÉE.

Les corps étrangers fixés dans la conjonctive de la cornée, ou dans la cornée elle-même, constituent un accident si commun dans la classe ouvrière, que l'on ne comprendra pas que 19 cas seulement aient été inscrits au registre de l'institut. Le nombre en a été effectivement beaucoup plus considérable; mais ces malades viennent chez moi à diverses heures de la journée, et ce n'est que lorsqu'un élève est présent qu'il est tenu note des indigents auxquels je donne des soins en dehors des heures de clinique.

Que si, depuis deux ans que je pratique comme oculiste à Bruxelles, j'eusse inscrit toutes les personnes auxquelles j'ai extrait des corps étrangers fixés dans l'œil, j'eusse bien certainement recueilli plusieurs centaines de noms.

Une circonstance digne d'être notée, c'est que, dans presque tous les cas, j'ai eu à enlever des cendres, des fragments de coak, qui avaient été projetés entre les paupières pendant des voyages sur le chemin de fer; et de toutes les lignes en exploitation, celle d'Anvers m'a amené le plus de ces malades. Il est parfois arrivé, lors des grands vents, surtout en été, que huit ou dix patients se

sont présentés en même temps chez moi, les uns avec des corps étrangers dans la cornée, les autres avec ces corps logés dans la portion tarsale de la conjonctive de la paupière supérieure. Ces derniers étaient, pour la plupart, en proie aux plus vives souffrances.

Rien de plus aisé, cependant, que de se prémunir contre cet inconvénient grave des voyages en waggon. Il suffit pour cela de tourner le dos à la machine, ou, ce qui est plus simple encore, de se pourvoir de *coques oculaires*, en fil de métal, fabriquées exprès, que l'on trouve chez quelques opticiens, entre autres chez MM. Brand frères, à Bruxelles. Personne ne fait usage en Belgique, en France et en Allemagne, de cet appareil aussi portatif que peu coûteux, et dont l'emploi protége les yeux de la manière la plus efficace ; il est rare, au contraire, en Angleterre, de rencontrer des voyageurs qui n'en soient pas pourvus. Cela est surtout prudent en waggon et toutes les fois que l'on est assis près d'une glace ouverte d'une diligence ou d'un char-à-bancs, et que l'on a la figure tournée vers la machine. Il n'y a pas quinze jours que j'ai été appelé à donner des soins à M. R., d'Anvers, qui, occupant pareille place dans une diligence, a reçu dans l'angle externe des paupières du côté gauche, un morceau de charbon en ignition, qui eût bien certainement déterminé la perte de l'œil s'il fût venu en contact avec le globe (1).

Des corps étrangers d'autre nature que ceux provenant de la machine, sont aussi lancés entre les paupières, pendant la marche des convois. Mais cela n'arrive que par les grands vents et les temps secs. Ce sont alors des fragments de pierre, de la poussière, des graines, etc. ; leur séjour dans les yeux est habituellement de courte durée; les larmes les ont bientôt entraînés au dehors. Il est rare de les voir se fixer dans la conjonctive oculaire. Mais le choc est quelquefois assez violent, l'irritation qu'ils occasionnent est parfois assez forte pour déterminer des ophthalmies traumatiques graves.

Un plafonneur, Demey (Simon), âgé de 23 ans, de la commune de Stockheim, s'est présenté le 28 juillet, accusant des douleurs assez prononcées, blépharospasme, photophobie, larmoiement,

(1) J'ai placé ces jours derniers, sur la prière de M. Seutin, un œil artificiel à une femme de Hal, la nommée Pissens, chez qui un fragment de coak en ignition avait occasionné une perforation de la cornée, et par suite la sortie des humeurs et l'atrophie de l'œil droit.

rougeur intense du globe. Interrogé, il rapporte que, cinq ans passés, un corps étranger s'est engagé entre ses paupières, qu'une ophthalmie douloureuse en a été la suite, et que fort souvent elle a repris depuis cette époque le même caractère de gravité. Toujours l'affection est revenue parce que de la chaux, de la poussière, introduite dans l'œil, l'avait forcé à y porter la main. C'est de la poussière qui, cette fois, a occasionné le mal.

L'examen fait découvrir, dans le segment supérieur de la cornée, près de son union avec la sclérotique, un corps étranger, enkysté, paraissant avoir une largeur de 5 millim. sur une hauteur de 2, entouré d'un réseau vaculaire, et présentant en son centre une ulcération à bords relevés.

Le blépharostat ayant été appliqué, et l'œil ayant été fixé avec une pince, j'ai détaché à l'aide d'une espèce de rugine (1), le corps étranger, qui s'est dégagé sans la moindre difficulté.

Examiné a la loupe, tant par MM. Fleussu et Rucloux, que par moi, ce corps étranger a été reconnu pour une aile d'insecte (2).

L'instillation d'un collyre au sublimé et au laudanum a suffi pour déterminer la cicatrisation de l'ulcère qui occupait la place du corps étranger. Elle était complète dès le sixième jour.

Chez le nommé Reynaerts, François, âgé de 23 ans, de la commune d'Averghem, ouvrier chez M. Munick, j'ai extrait (15 août) un fragment d'épi de blé qui était fixé dans la cornée depuis plus de trois semaines et semblait avoir perforé cette membrane.

Cinq fois, j'ai extrait des paillettes de fer fixées dans la cornée.

§ X. Blessure du globe.

Le nommé De Cock, Jean Marie, âgé de 10 ans, fils du garde-champêtre de St-Lambert, jouant avec des camarades, sur l'es-

(1) Je donne la description et le dessin de cet instrument dans un mémoire que je viens de soumettre à la Société de médecine de Gand. Il a été exécuté par M. Oscé, fabricant d'instruments de chirurgie, dont le talent n'a pas été assez apprécié jusqu'à ce jour. M. Oscé a exécuté pour moi, depuis une année, une centaine d'instruments oculistiques, et je les ai trouvés aussi bien travaillés, aussi bien finis, que ceux que je faisais venir autrefois à grands frais de Paris, Londres et Vienne. Plusieurs confrères allemands, hollandais et belges, se sont approvisionnés, sur ma recommandation, chez M. Oscé et se sont montrés parfaitement satisfaits.

(2) M. Flarer a observé un fait analogue à celui que je viens de rapporter. Voyez *Zarda*, De keratitide praesertim scrophulosa. Dissert. inaug. Ticini regii, 1824, p. 21.

calier de l'habitation de son père, reçut (juin 1840), dans l'œil droit, un fragment de capsule fulminante que l'on avait fait éclater à côté de lui. Le corps étranger avait traversé la sclérotique, à un millimètre en dessous de l'attache antérieure du droit interne. Ce malade est venu pour la première fois à l'Institut le 27 octobre, envoyé par M. Seutin.

Le cristallin n'existait plus; le corps métallique se reconnaissait parfaitement dans la chambre postérieure, entouré d'une membrane, qui semblait être la cristalloïde. Le fond de l'œil, coloré en vert, la pupille tiraillée, l'abolition de la fonction visuelle, avaient fait qu'un chirurgien qui avait été consulté, me mandait qu'il présumait que le petit malade était affecté de glaucôme.

Les douleurs, parfois assez intenses, qu'éprouvait l'enfant, furent calmées pour quelque temps par des onctions mercurielles opiacées; mais elles revinrent ensuite plus violentes. Le père n'a pas voulu consentir à me laisser pratiquer l'extraction du corps métallique. Je n'ai plus revu le malade depuis plus de dix mois.

Peut-être le fragment aura-t-il fini par être supporté, comme dans les cas cités par MM. Stiévenart et Convers de Vevey (*Annales d'Oc.* I, p. 439-440).

Il est incontestable que fréquemment le corps étranger semble acquérir droit de domicile dans l'œil; mais tôt ou tard les souffrances se réveillent plus violentes, et parfois des accidents graves surviennent. C'est ainsi qu'un enfant de neuf ans a porté pendant six ans un fragment de capsule dans le cristallin; un fongus médullaire qui s'est développé a nécessité l'extirpation du globe et entraîné la mort. J'ai vu dernièrement un œil atrophié depuis neuf ans à la suite d'une blessure produite par une capsule restée dans l'œil, s'enflammer tout à coup, devenir le siége de douleurs atroces et enfin suppurer.

Le conseil que j'ai donné (*Ann.* I, p. 440) de procéder au plus tôt à l'extraction me paraît devoir être suivi dans tous les cas (1).

(1) M. le docteur Brixhe (a) dans un mémoire qu'il vient de publier dans l'*Encyclographie des Sciences médicales* (mai, p. 341-343), rapporte trois observations où l'atrophie est survenue et où le corps étranger est resté dans l'œil. Il n'est point question d'accidents, suites du séjour dans l'œil du fragment de capsule. — M. Brixhe dit (p. 342) que l'on a vu la mort survenir chez des soldats prussiens dont les yeux avaient été blessés par des éclats de capsule. — La perte d'un œil

(a) Mémoire présenté au Conseil de salubrité de la province de Liége sur les moyens d'éviter les accidents dans l'usage des capsules fulminantes pour les armes portatives à percussion.

Les autres blessures du globe qui ont été soignées étaient de peu d'importance. Un cocher de vigilante, âgé de 30 ans, avait reçu un coup de fouet; deux mineurs âgés l'un de 22, l'autre de 18 ans, avaient été blessés par une explosion; un maître d'armes, âgé de 51 ans, avait reçu un coup de fleuret.

§ XI. Tumeur du sac lacrymal.

Sept cas ont été observés. Ils sont ainsi répartis :

1 serrurier,	âgé de 30 ans.
1 tailleur,	» 22 » .
1 cordonnier,	» 19 »
2 filles sans profession,	âgées de 12 et 15 ans.
1 repasseuse,	» 26 ans.
1 dentellière,	» 16 »

Chez tous, la tumeur n'occupait qu'un seul côté.

Chez les quatre femmes, elle était blennorrhoïque. J'avais affaire à des scrofuleuses; un traitement altérant, des injections astringentes avec la seringue d'Anel, la compression, ont amené la guérison, mais après un temps assez long. La cure a exigé quatre mois chez une, huit à neuf mois chez les trois autres.

Le tailleur et le cordonnier, aussi scrofuleux, ont été soumis au même traitement; un seul l'a suivi jusqu'à guérison.

Chez le serrurier, ancien soldat ayant souffert d'ophthalmie militaire, et portant encore des granulations conjonctivales, la tumeur qui s'est montrée du côté gauche a dû être ouverte. J'ai reconnu que la muqueuse du sac était sans doute aussi le siége de granulations (1); j'ai maintenu ouverte l'incision pratiquée, et du

à la suite de l'éclatement des capsules, est un accident si fréquent qu'on ne saurait assez louer M. Brixhe des efforts qu'il a tentés à plusieurs reprises auprès de l'autorité pour obtenir que des instructions fussent publiées, afin de prévenir les parents des dangers auxquels l'usage de ces amorces expose leurs enfants qui s'en servent dans leurs jeux. — Sur 21 observations que j'ai citées (*Encyclographie* et *Répertoire de pharmacie*, mai 1842), on trouve 2 chasseurs et 19 enfants; chez 16 de ces derniers la capsule avait été placée sur une broche en fer, et la détonation avait été produite à l'aide d'un marteau. Ce genre d'amusement est on ne saurait plus commun parmi les enfants de nos chasseurs campagnards, que les accidents n'instruisent même pas. J'ai extrait il y a un an, de l'œil du fils d'un garde chasse qui m'avait été adressé par M. Seutin, un fragment de capsule qui y avait été lancé pendant cet exercice; j'ai eu à pratiquer, en avril dernier, la même opération sur le frère.

(1) Un soldat du 3e chasseurs à pied, mort à l'infirmerie de Mariembourg, en

rant trois semaines j'ai injecté, de deux jours l'un, une solution de 30 grains de nitrate d'argent cristallisé sur six gros d'eau distillée. J'ai en même temps traité les granulations par la cautérisation. Après ce temps, j'ai laissé cicatriser l'ouverture. Les premières injections pratiquées par les points lacrymaux ont traversé le canal nasal. Le malade était guéri de cette affection ; s'il figure comme restant en traitement, c'est à cause des granulations de la paupière supérieure droite qui n'étaient pas encore entièrement détruites le 1er janvier.

§ XII. Cancer de la conjonctive.

La malade est une ouvrière de la campagne, âgée de 23 ans, née d'une mère morte d'un cancer du sein. Elle est entrée en traitement dans les derniers jours de décembre ; il ne peut donc en être question dans cette notice.

§ XIII. Blépharites.

A. *Blépharite glandulaire.* — Les onze malades étaient des enfants scrofuleux de 2 à 8 ans. Le traitement que j'ai indiqué ailleurs (*Annales d'Oculistique*, vol. IV, p. 77) a été couronné de succès chez 10 ; le onzième n'a paru qu'une fois à la consultation.

B. *Blépharite ciliaire.* — Il en a été observé 17 cas. Voici l'indication de l'âge et de la profession de chaque malade :

1	ménagère,	âgée de	45 ans.
1	fruitière,	»	36 »
1	poissonnière,	»	35 »
4	servantes,	»	28, 26, 25 et 19 ans.
3	filles sans prof.,	»	27, 24 et 16 »
1	meunier,	»	22 ans.
1	palefrenier,	»	21 »
1	postillon,	»	20 »
1	corroyeur,	»	20 »
1	équarrisseur,	»	19 »
2	enfants,	»	4 et 7 ans.

Un malade ne s'est présenté qu'une fois.

juin 1839, et qui était affecté de granulations conjonctivales compliquées de tumeur lacrymale, avait la face interne du sac recouverte de végétations pédiculées, dont quelques avaient plus d'un millimètre en hauteur ou en largeur. Cet état est plus fréquent qu'on ne le pense. M. Blasius a vu ces végétations acquérir le volume d'une aveline (voyez Grillo, *Dissert. inaug. de prolypis sacci lacrymalis et conjunct. ocult.* Halae 1834).

Deux ont été pris en traitement du 27 au 31 décembre ; ils figurent dans la dernière colonne.

Toutes ces blépharites étaient à l'état d'ulcération, quelques-unes accompagnées de prurit, de démangeaison, et dataient de plusieurs mois à plusieurs années. Je me suis toujours fort bien trouvé du traitement que j'ai recommandé dans mes *Annales* (vol. IV, p. 78) et qui consiste à mettre soigneusement à nu les ulcérations recouvertes de croûtes, à ouvrir les pustules, à en toucher le fond avec le nitrate d'argent (1), dans l'usage d'un collyre mou au précipité rouge, et de pareil collyre aux fleurs de zinc lorsqu'il y a prurit et démangeaison.

Dans deux ou trois cas un traitement altérant a été nécessaire.

C. *Blépharite granuleuse.* — La cautérisation avec la solution de nitrate d'argent (nitrate acide et eau, ana P. E.), avec l'acide phosphorique, combinée avec l'emploi de collyres mous au précipité rouge, au sulfate de cuivre, de zinc, dans l'intervalle des attouchements, tel a été comme toujours (voir *Annales*, vol. IV, p. 78-81) la base du traitement.

L'excision a été pratiquée quelques fois, à cause de la trop forte exubérance de la conjonctive dégénérée.

Sur les 63 granulés, 41 étaient des militaires renvoyés en congé dans leurs foyers ; chez 22, elle était le résultat du contact avec des frères, des parents, ayant souffert d'ophthalmie pendant qu'ils étaient au service, et renvoyés chez eux incomplétement guéris, ou avec des personnes auxquelles ils avaient communiqué leur mal.

D. *Blépharite érysipélateuse.* — Les cas qui ont été observés

(1) Un moyen dont je me suis fréquemment bien trouvé, c'est d'arracher les cils autour desquels se sont formées les ulcérations et les pustules, et d'en cautériser ensuite le fond avec la pierre infernale. Ce moyen, indiqué par Scarpa, a été dans ces derniers temps fortement recommandé par M. Bonnet (*Traité des sect. tend.*, p. 235-288) ; voici comment procède le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon : « Avec des pinces appropriées, il arrache les cils dans toutes « les parties où le bord des paupières lui paraît plus rouge et plus épais. Il passe « ensuite sur le bord libre ainsi dénudé, le crayon de nitrate qu'il y laisse près « d'une minute afin de produire une escarre distincte. S'il aperçoit des pustules, « il y introduit un crayon de nitrate d'argent, et il les cautérise toutes isolé- « ment...... Pendant deux ou trois semaines, suivant la difficulté qu'il éprouve, « il reproduit tous les 3 ou 4 jours, l'arrachement des cils qu'il peut retrouver « et la cautérisation du bord libre des paupières. « Les cils arrachés se reproduisent toujours après 8 ou 15 jours, et, en général, ils reviennent plus beaux, plus forts qu'ils n'ont jamais été.

n'ont présenté aucune particularité intéressante. C'est aux onctions mercurielles, au coton cardé, et aux purgatifs que j'ai eu recours.

Les six malades étaient 3 enfants au-dessous de 6 ans, 1 jardinier âgé de 52 ans, et une figurante du théâtre âgée de 21 ans.

(La suite au prochain n°.)

(La suite au prochain n°.)

CATARACTE OPÉRÉE PAR LA MÉTHODE SOUS-CONJONCTIVALE;

Par le docteur Paul Bernard, médecin-oculiste à Paris.

Tous ceux qui connaissent les avantages des méthodes sous-cutanée et sous-conjonctivale dans la ténotomie générale et oculaire seront sans doute portés à diriger leurs expérimentations vers ce point de la science si important à vérifier, à savoir, si les inflammations consécutives aux opérations de cataracte reconnaissent pour principale cause, dans la majorité des cas, soit l'introduction de l'air dans l'œil, soit son contact avec la plaie extérieure.

Quoi qu'en puissent dire quelques ophthalmologistes, sur l'innocuité de l'introduction de l'air dans l'œil, nous ne pouvons accepter comme preuve suffisante une assertion qui, malgré toute l'autorité des noms et des hommes qui soutiennent cette doctrine, se trouve en opposition avec d'autres faits bien observés. Ainsi, pour ne citer qu'un exemple entre un grand nombre, nous demanderons s'il est indifférent de pénétrer dans une articulation ou d'ouvrir un abcès par congestion, au moyen des procédés anciens, ou bien par la méthode sous-cutanée? — Assurément la différence, quant au résultat, est immense; car nous avons été à même de voir un grand nombre de fois M. Jules Guérin appliquer sa méthode à ces cas graves, et nous n'avons jamais vu un seul accident en résulter, tandis que, dans notre conviction, les malades eussent promptement succombé si on les avait opérés par les procédés anciens; l'action nuisible de l'air sur les plaies est donc une de ces vérités passées aujourd'hui en chirurgie à l'état d'axiôme.

Eh bien! qui pourrait affirmer et prouver que, dans l'opération de la cataracte, le plus grand nombre des inflammations consé-

cutives, toutes choses égales d'ailleurs, ne sont pas dues au contact de l'air, soit en enflammant la plaie extérieure et se propageant rapidement à l'intérieur d'un organe si délicat et si vasculaire, soit en s'introduisant directement dans l'œil ?

A l'appui des considérations générales que nous venons d'émettre, nous dirons que M. Jules Guérin, qui a cherché à se rendre compte de son côté, des inflammations si souvent consécutives à l'opération de la cataracte, même la mieux faite, croit en avoir trouvé l'explication dans l'introduction de l'air, qui a lieu dans l'œil, suivant lui, de la même manière que dans le foyer des abcès par congestion, à la suite des ponctions directes faites pour les vider : « Lorsqu'on introduit, dit M. Guérin, l'aiguille à cataracte par une ponction directe, et, plus encore, quand on opère par extraction, il sort une certaine quantité d'humeur aqueuse qui, en vertu de la pression atmosphérique, l'œil conservant sa forme, est remplacée par une quantité équivalente d'air. »

Cette idée exposée par M. Guérin dans ses conférences l'avait conduit à penser qu'on pourrait appliquer le principe de la méthode sous-cutanée à l'opération de la cataracte, sans toutefois s'expliquer sur le procédé qu'il comptait mettre en usage.

Pénétré nous-même de la vérité des remarques de M. Guérin, sans pourtant en avoir eu connaissance avant notre opération, et témoin d'ailleurs d'un grand nombre de succès de toutes espèces dus à sa méthode et aux diverses applications qu'il en a faites sous nos yeux, nous avons de notre côté cherché à l'appliquer à l'opération de la cataracte par un procédé de notre invention que nous allons décrire et qui nous a parfaitement bien réussi. — Toutefois nous ne donnons pas comme définitif ce procédé opératoire qui n'est qu'un premier essai, et que nous avons l'espoir fondé de perfectionner en le simplifiant ; nous ajouterons même dès à présent et par anticipation, que nous espérons pouvoir fixer l'œil et faire le pli de la conjonctive tout à la fois dans le point même d'élection pour l'introduction de l'aiguille.

Obs. — Madame veuve Priquet, 70 ans, fileuse de laine, rue des Fossés-Saint-Victor, 39, à Paris, est affectée d'une double cataracte lenticulaire complète à gauche, incomplète à droite mais fort avancée ; les yeux du reste sont parfaitement sains et n'ont jamais été malades.

Le samedi 16 juillet 1842, après les petites précautions ordi-

naires, nous nous rendons chez cette cataractée et nous procédons de la manière suivante :

La malade étant assise sur un siége très-bas et en face d'une fenêtre bien éclairée, un aide intelligent se place derrière elle et fixe la tête sur sa poitrine; la paupière supérieure est maintenue élevée au moyen de l'élévateur dont nous nous servons dans l'opération du strabisme, et aussitôt nous fixons l'œil avec une airigne double également à strabisme et que nous implantons à la partie interne et inférieure de l'œil gauche, à 4 ou 5 millimètres environ de la cornée. Nous traversons avec l'airigne non-seulement la conjonctive et le fascia sous-conjonctival, mais même une partie de la sclérotique elle-même, afin d'avoir un point d'appui plus fort; en un mot, nous agissons tout à fait comme dans l'opération du strabisme par la méthode sous-conjonctivale de M. Jules Guérin. L'aide est chargé de maintenir l'œil immobile en dedans et un peu en haut; alors saisissant à notre tour une seconde airigne double semblable à la première, nous l'implantons le plus en dehors possible à environ 10 ou 12 millimètres de la cornée et dans un point correspondant, un peu au-dessous du diamètre transversal de l'œil et au bord inférieur du muscle droit externe. Nous soulevons aussitôt la conjonctive, en tirant en avant de la main gauche le large pli de la membrane muqueuse et du fascia sous-jacent maintenu et formé par l'implantation de notre airigne double, et prenant une aiguille ordinaire, très-peu recourbée et tenue comme une plume à écrire, la concavité en arrière, nous l'introduisons lentement et avec précaution entre la conjonctive et la sclérotique, en lui faisant parcourir ainsi 5 à 6 millim.; puis arrivé au point d'élection, nous ôtons notre airigne, et aussitôt nous ramenons avec facilité en avant le manche de l'aiguille, sans déchirer la conjonctive qui, par son élasticité naturelle et son peu d'adhérence à la sclérotique, surtout du côté de l'angle externe, se plisse légèrement sans résister ni se rompre. Nous traversons aussitôt les membranes de l'œil et nous faisons l'abaissement latéral de la cataracte comme à l'ordinaire. L'opération n'offre rien de remarquable. Nous retirons l'aiguille avec la même facilité que par le procédé de la ponction directe; l'œil est fermé aussitôt et tourné vers le côté opposé à la lumière. Un instant après, nous invitons la malade à ouvrir l'œil opéré (l'autre étant recouvert d'un monocle) et à nous regarder; elle nous aperçoit très-bien et peut aussi facilement distinguer divers autres

objets. Nous examinons de près l'œil ainsi ouvert, et il nous est impossible de distinguer la petite plaie de la conjonctive; ce n'est qu'en invitant la malade à regarder en dedans que nous pouvons apercevoir un léger point rouge à 12 millimètres au moins de la cornée.

La malade est couchée comme à l'ordinaire avec des compresses d'eau froide sur les yeux et mise à l'usage du bouillon coupé pour toute nourriture. Tout se passe parfaitement bien; pas la plus petite réaction ne survient; l'œil opéré n'est pas un seul instant sensible ou douloureux; en un mot, le succès est aussi complet que possible.

Maintenant, est-ce à la méthode sous-conjonctivale que nous devons cet heureux résultat? Il serait sans doute difficile de l'affirmer; mais nous sommes porté à croire que le défaut complet de parallélisme entre la plaie de la conjonctive et celle des autres membranes de l'œil n'a pu être qu'une excellente condition pour l'obtenir; car ayant pratiqué un assez grand nombre d'opérations de cataractes, nous avons constamment remarqué, même dans les cas les plus heureux, une plus ou moins grande sensibilité au toucher de l'œil opéré, surtout à l'époque où la réaction est ordinairement la plus forte, c'est-à-dire du troisième au cinquième jour. Eh bien! chez la femme Priquet, le doigt promené chaque jour sur l'œil opéré n'a pas un seul instant fait accuser la plus légère douleur, la moindre sensibilité!....

Nous remarquerons ensuite que nous nous sommes servi d'instruments usuels, et que, dans toute méthode opératoire, c'est un avantage incontestable de pouvoir se passer d'instruments particuliers et d'invention nouvelle; car, avec notre airigne double à strabisme, nous avons fixé l'œil aussi solidement qu'avec la pince spéciale proposée dernièrement par M. Pétrequin.

Du reste, la fixation de l'œil est dans la méthode sous-conjonctivale, d'une nécessité à peu près absolue, et tout est en sa faveur, puisqu'elle permet d'agir sur l'œil, où l'on veut et comme l'on veut. Le désavantage d'un peu moins de promptitude dans la manœuvre pour le chirurgien et d'un peu plus de douleur pour le malade sont de faibles inconvénients, suivant nous, en compensation des chances moins nombreuses d'inflammation consécutive et de la facilité extrême qui en résulte pour porter l'aiguille devant la lentille et en faire l'abaissement. Toutefois nous

pensons que la position horizontale du malade serait plus commode, et nous nous proposons de l'essayer à la première occasion.

Telle est l'opération de la cataracte par la méthode sous-conjonctivale. Le principe était bien inventé, sans doute, mais cette nouvelle application n'avait pas encore été faite, que nous sachions, sur le vivant. Heureux si cette nouvelle application de la méthode sous-cutanée, réalise pour l'opération de la cataracte, ce qu'elle a déjà tenu pour un si grand nombre d'opérations !

C'est à l'expérience qu'il appartient de confirmer ou d'infirmer notre opinion, qui a au moins en sa faveur, et *à priori*, le raisonnement, l'induction et un commencement favorable d'exécution pratique.

MÉMOIRE SUR LE GLAUCÔME;

Par le docteur SICHEL.

(Historique.)

SUITE DU § XXX. TROISIÈME PÉRIODE.

(Suite et fin.)

1835. — MACKENZIE.

Treatise on the Diseases of the Eye. Lond. 8°. 2e Ed.—3e Ed. 1840.

Son mémoire sur le glaucôme lenticulaire se trouve dans la *London Medical Gazette*, année 1838. Les *Archives générales de médecine*, juillet 1838, en ont donné un extrait très-complet.

Les opinions de cet ophthalmologiste éminent ont été rapportées avec assez de détail dans le corps de mon travail. En général je suis forcé de répéter, à mon grand regret, que cet auteur qui occupe une place si élevée parmi les ophthalmologistes de notre époque et pour lequel je professe pour ma part la plus haute estime, me semble avoir une connaissance moins profonde du glaucôme que des autres maladies oculaires, et malgré l'étude toute particulière qu'il a faite l'un des premiers de la choroïdite, une lecture attentive et réitérée de l'article glaucôme dans la 2e et la 3e édition de son excellent ouvrage m'ont affermi encore dans

cette opinion. Outre les circonstances déjà signalées dans plusieurs passages de ce mémoire (§ IV et § XX) comme l'amélioration de la vision dans le glaucôme par l'extraction du cristallin, etc., qui dénotent de la part de M. Mackenzie une confusion entre la cataracte commençante, le reflet particulier du cristallin ou ce qu'il appelle glaucôme lenticulaire ou glaucôme commun chronique et le glaucôme véritable, les citations suivantes me semblent de nature à lui donner de la consistance : « La cataracte simple « n'est jamais verte ; une cataracte verte est toujours accompa- « gnée de glaucôme.... En dilatant, la pupille par la belladone, « l'apparence verte présentée dans le simple glaucôme semble se « retirer à une plus grande profondeur derrière l'iris et devient « plus circonscrite » (Edit. II, p. 825, et édit. III). « Les malades « affectés de glaucôme voient mal, en partie parce que la rétine « n'est pas saine, en partie parce que la membrane du pigmen- « tum est incapable d'absorber les rayons lumineux, en partie « parce que la lumière n'est pas librement transmise par la partie « centrale plus foncée du cristallin ; mais cependant ils y voient « et souvent continuent d'y voir pendant plusieurs années après « que le glaucôme est devenu visible, une quantité de lumière « suffisante pour la perception des objets étant transmise par la « portion périphérique du cristallin. »

Pour éviter la confusion qu'il peut y avoir dans plusieurs de ces passages avec le « glaucôme lenticulaire » de M. Mackenzie, nous prions instamment ce célèbre confrère de changer le nom qu'il a donné « au glaucôme lenticulaire » d'une manière qui le sépare nettement du glaucôme, maladie qui n'a avec lui aucune affinité nosologique véritable. Nous proposons le nom de *reflet cristallinien* comme nous paraissant le mieux désigner la nature de l'affection.

1835. — MIDDLEMORE.

Treatise on the Diseases of the Eye. London. T. II. p. 2.

Cet auteur, tout en critiquant les opinions de M. Mackenzie sur le glaucôme admet comme lui une variété de cette maladie qu'il appelle *glaucôme sénile* et dont il donne (p. 8) une description un peu différente de celle du célèbre ophthalmologiste de Glascow, description qui nous fait croire que ce qu'il appelle ainsi est tantôt le simple reflet particulier du cristallin décrit par nous, tantôt la cataracte lenticulaire corticale postérieure, tantôt même l'hy-

dropisie sous-choroïdienne (voy. surtout l'ouvrage de M. Middlemore, t. II, p. 12 et 14). Cette description n'est point basée sur des dissections ; car M. Middlemore attribue le glaucôme sénile au manque de transparence du corps vitré. Or peu de médecins et peut-être aucun n'a disséqué autant d'yeux de vieillards des deux sexes que moi, et toujours j'ai trouvé le corps vitré parfaitement transparent, à part les opacités partielles très-circonscrites qui ne produisent aucun symptôme semblable à ceux du glaucôme.

Quant au *vrai glaucôme* qu'il appelle *glaucôme aigu*, l'auteur l'attribue (p. 8 et 12) à la phlegmasie de la membrane hyaloïde, suivie d'absorption de ses cellules, d'opacité plus ou moins grande, de coloration jaunâtre ou verdâtre et d'augmentation de volume du corps vitré et *consécutivement* d'inflammation de la choroïde et quelquefois d'altérations de la rétine. Néanmoins les dissections faites par M. Middlemore sont entièrement conformes aux résultats de celles pratiquées par M. Mackenzie, Eble et moi, et rapportées plus haut et rien n'explique la divergence d'opinion de cet auteur que le temps ne me permet point de suivre davantage dans ses détails. Voici ses paroles (p. 7) sur ce point : « J'ai aussi disséqué des yeux affectés de glaucôme aigu, sans arriver exactement au même résultat que M. Mackenzie. L'humeur vitrée, comme dans les cas rapportés par Scarpa, était toujours d'une *teinte jaunâtre* ; » [ici l'auteur n'ajoute point le mot *verdâtre*;] « le cristallin n'avait subi aucune autre altération que celle qui généralement a lieu dans l'âge avancé ; il était, *dans tous les cas que j'ai examinés*, d'une teinte verte » [examiné sur la choroïde sans doute] « ou *jaune foncé ou couleur de succin* ; le corps vitré n'était point, autant que je pouvais le juger, *beaucoup* augmenté de quantité ; *le pigment choroïdal manquait à un haut degré* (in a great measure), et les cloisons de la membrane hyaloïde étaient absorbées ; de là, je pense, l'apparente augmentation de la fluidité du corps vitré. Je n'ai point compris ici les cas de cataracte glaucômateuse où le cristallin gonflé et verdâtre s'approche de l'iris et de la cornée et où des signes d'altération considérable (indications of great change) dans d'autres parties de l'œil sont suffisamment évidents. »

Nous le demandons, est-il possible de trouver des paroles plus formelles à l'appui de notre explication anatomique du glaucôme que celles soulignées par nous dans le passage cité ? Il est tout à fait erroné d'ailleurs que ces changements soient différents de

ceux qu'on trouve dans la cataracte glaucômateuse ; seulement dans cette dernière, qui n'est que le plus haut degré et la dernière période du glaucôme, ces symptômes et les autres altérations concomitantes des membranes internes ont d'ordinaire acquis leur plus grand développement.

Dans une note M. Middlemore ajoute : « Ce que des observateurs superficiels ont appelé glaucôme n'est souvent rien de plus que l'atrophie de la choroïde accompagnée d'une diminution de la sécrétion du pigmentum noir. » Nous regrettons que le savant chirurgien de Birmingham ait ici lui-même observé superficiellement, et nous retirerons volontiers ce jugement dès qu'il nous aura appris à distinguer du glaucôme cette atrophie et cette décoloration de la choroïde accompagnées de la teinte jaune d'ambre du cristallin.

Les circonstantes suivantes nous confirment davantage dans l'opinion que M. Middlemore n'a pas bien observé le glaucôme. Il ne croit point les varicosités des membranes externes essentielles dans cette affection (p. 13). Il aurait tenté, avec succès, la ponction de la sclérotique (p. 19), ce qui rend encore probable qu'il a confondu cette maladie avec l'hydropisie sous-choroïdienne. Enfin, l'instillation d'une solution de belladone, selon lui, augmente la vision, circonstance d'autant plus erronée que l'iris perd sa mobilité de bonne heure dans le *vrai* glaucôme. De pareilles erreurs, commises par un ophthalmologiste d'une aussi grande expérience, prouvent suffisamment qu'il n'était point inutile de reprendre dans tous ses détails l'étude de cette maladie.

1837. — Andreae.

Aug. Andreae, *Grundriss der speciellen Augenheilkunde* (*Précis d'ophthalmologie spéciale*). Magdebourg, 1837, 8°, p. 515, § 174, traite du glaucôme comme « de l'opacité du corps vitré. » Il dit expressément (p. 517, en bas), que la cause essentielle de cette maladie est l'obscurcissement du corps vitré, principalement de la membrane hyaloïde, et que probablement la rétine est toujours en même temps affectée. Sur ce point, ainsi que sur le manque du pigmentum dans cette maladie et sur sa terminaison par l'atrophie du globe et par la cirsophthalmie M. Andreae ne fait évidemment que citer les opinions de ses devanciers ; car il ne rapporte ni ne cite aucune autopsie qui lui appartienne en propre. C'est

encore là un exemple qui prouve comment les meilleurs esprits peuvent propager les erreurs, lorsqu'ils acceptent, sans les contrôler, les théories non établies sur des faits positifs.

Nous ne citerons de l'article de M. Andreae que les points qui sont divergents de ce qui a été vu par nous-même ou par d'autres.

« L'opacité dans le glaucôme est grise, quelquefois tirant sur le verdâtre » (p. 515). Nous l'avons toujours vue verte ou verdâtre, rarement avec un mélange de gris, jamais grise. — « Elle est *le plus souvent* concave. » C'est « *toujours* » qu'il fallait écrire. (Comparez ce qui a été dit à propos de l'opinion de M. de Walther, § IV.) — « Quelquefois on observe, dans la première période de la maladie, une presbytie très-marquée (*auffallende*, frappante, extraordinaire), à cause de la diminution de la force réfringente du corps vitré » (p. 516). Je n'ai pas eu occasion d'observer ce phénomène dont aucun autre auteur n'a parlé; M. Andreae se fonde-t-il ici sur une observation exacte qui lui appartienne en propre ou sur l'assertion d'un auteur, ou, enfin, sur une simple supposition *à priori*? Je l'ignore. — « Dans le commencement on ne voit l'opacité qu'en se plaçant latéralement pour faire l'inspection de la pupille. » Au contraire, à toutes les périodes de la maladie on voit peu ou point l'opacité en se plaçant de côté, où l'on n'en voit que la partie qui occupe le côté opposé; ainsi, pour l'œil gauche, en se tenant du côté gauche du malade, on ne verra que la partie de l'opacité glaucômateuse qui occupe le côté droit du fond du globe. (Je puis m'appuyer ici de l'avis de M. Tyrrel.) On se rend facilement compte de ces particularités par le siége profond de la membrane malade. — « L'iris devient d'une couleur pâle qui commence près de son bord pupillaire, ce qui le partage souvent dans le commencement en deux cercles très-discolores. » Ceci me paraît plus conforme à la vérité que l'assertion de Beer que le petit cercle devient plus foncé, bien qu'en général je n'aie point observé une inégalité marquée et constante entre la couleur des deux cercles iridiens. — M. Andreae, comme M. de Walther, a très-justement observé que le glaucôme affecte souvent des personnes qui n'ont jamais eu aucune trace de goutte, et qu'il est surtout le triste partage des femmes arrivées à l'âge critique; je suis heureux de pouvoir étayer mon assertion de leur expérience. — « Une cachexie générale se trouve toujours au fond de cette maladie (liegt zu Grunde) ou au moins la complique. » Je ne puis partager cette opinion. La choroïdite, aiguë ou chroni-

que, elle-même, produite par des causes nombreuses et variées, est toujours la cause principale du glaucôme. Bien que les personnes mal nourries, mal vêtues, débiles, cacochymes, scrophuleuses, ayant subi des atteintes répétées de syphilis mal soignée ou de goutte, surtout de goutte irrégulière (*arthritis anomala*), etc., soient le plus exposées à cette triste terminaison de la choroïdite même la moins intense, il ne faut aucune cachexie particulière pour produire le glaucôme. Qu'on se rappelle seulement, combien les phlegmasies chroniques sont funestes aux personnes d'une constitution délabrée, combien les plus légères pneumonies deviennent dangereuses aux tuberculeux, sans que pour cela on puisse admettre une cachexie particulière chez ces individus. Cette cachexie est une pure supposition que rien ne vient prouver. — Quant au traitement, M. Andreae conseille, après que l'état des viscères abdominaux est amendé, de faire un essai de l'usage interne de l'arnica montana et du deutochlorure de mercure. Ces moyens ne m'inspirent aucune confiance particulière, tout ayant également échoué entre mes mains.

En parlant du diagnostic différentiel de la cataracte et du glaucôme (pag. 454) M. Andreae répète plusieurs des assertions que nous avons signalées comme erronées, et il ajoute « que dans le glaucôme l'opacité est souvent très-avancée lorsque la vision est encore assez bonne pour étonner le médecin ». Beaucoup d'auteurs disent la même chose, mais ces cas, d'après ce que j'ai pu observer, sont extrêmement rares, et s'appliquent tout au plus à des choroïdites chroniques avec commencement d'apparence verdâtre et opaque du fond de l'œil, mais non accompagnées des autres signes de désorganisation des membranes internes. Lorsque la pupille est immobile et que les varicosités des membranes sont formées, etc., la vision est toujours nulle ou presque abolie.

1839. — Flesch (J.-G).

Dissertatio de Glaucomate. Berol. 8°.

L'auteur, élève de M. Juengken dont il adopte en général les opinions, a plus tard suivi ma clinique; mais ignorant alors le sujet de sa thèse, je n'ai pu songer à lui en parler et à lui demander quelques explications sur ses opinions et celles du professeur de Berlin. On voit d'ailleurs par sa dissertation qu'il n'avait pas, à l'époque où il la rédigeait, vu un très-grand nombre de glau-

cômes. Il ne rapporte aucune autopsie qui lui soit particulière.

« § 7. Le glaucôme est le dépôt de matière arthritique dans les « cellules hyaloïdiennes »....... « Pendant l'hyaloïdite ou l'inflam- « mation accidentelle d'autres parties de l'œil, il se dépose dans « le corps vitré, avec les autres produits de l'inflammation, aussi « des matières [pathologiques] qui depuis longtemps existent dans « l'économie »...... « Un léger degré de coloration verdâtre existe « dans presque toutes les maladies du corps vitré »......

« § 8, p. 15. L'écume arthritique, signalée par Beer dans l'oph- « thalmie goutteuse est très-importante, selon l'auteur, comme « signe diagnostique dans le glaucôme. [Elle est, selon mon ex- « périence, encore moins constante dans cette maladie que dans « l'ophthalmie arthritique.] »...... p. 16. « Dans le glaucôme non « compliqué M. Flesch a vu toutes les parties situées au devant « de l'opacité bleue (ante obscurationem caeruleam) et la marge « iridienne plus noires que dans l'état normal, comme s'il y avait « devant l'obscureissement glaucômateux une splendeur noire par- « ticulière (proprius nitor niger). » Nous ne savons point de quelle maladie il s'agit ici; serait-ce peut-être d'une hydropisie sous-choroïdienne? Dans un cas de maladie oculaire reconnue pour un glaucôme avancé par l'auteur et deux confrères, le malade, au grand étonnement de M. Flesch, pouvait encore lire. Il arrive quelquefois, au début de la maladie, qu'il y aît une telle disproportion entre l'opacité apparente et le degré de vision, mais il peut aussi y avoir un erreur de diagnostic. M. Flesch a tort de tirer de ce cas la conclusion que dans le glaucôme, tant que cette maladie n'a pas amené par sa durée une affection plus considérable du nerf optique, le trouble visuel n'est pas plus grand que dans l'opacité du cristallin. Qu'on songe au glaucôme lenticulaire de M. Mackenzie et au glaucôme sénile de M. Middlemore; il pourrait bien, dans le cas cité par M. Flesch, n'y avoir eu qu'une maladie semblable.

§ 10, p. 19. « Lorsque la cataracte se joint au glaucôme, l'hya- « loïde s'enflamme ordinairement la première et plus tard la cap- « sule cristalline »....... Nous avons déjà dit, d'après des preuves anatomiques, que dans la cataracte glaucômateuse on ne trouve point de trace d'hyaloïdite et que l'inflammation de la capsule dans cette maladie, si elle existe, est très-rare.

1840. — F. Tyrrell.

A practic Work on the Diseases of the Eye, etc. Lond. 1840. 2 vol. 8. Vol. II. p. 128 et 146.

Sous le rapport de la symptomatologie M. Tyrrell ne s'éloigne pas notablement des opinions généralement reçues. Le glaucôme aigu est pour lui le symptôme ou le produit d'une rétinite suivie d'opacité des humeurs. Il regardé le glaucôme chronique comme une rétinite chronique accompagnée ou suivie d'opacité du corps vitré. Il ne rapporte aucune observation anatomique.

1841. — Schroeder van der Kolk.

En novembre 1841 M. Cunier eut la bonté de m'écrire qu'il venait de paraître un mémoire de M. Schroeder van der Kolk sur l'ophthalmie interne et en particulier sur la choroïdite, considérée comme cause du glaucôme et qu'il avait prié M. van Onsenoort de me l'envoyer. J'écrivis de suite à M. van Onsenoort, et avant même que ma lettre pût lui être parvenue je reçus par ses bons soins le mémoire en question. Je le prie de recevoir ici publiquement mes remercîments les plus sincères pour son aimable prévenance. [Depuis que ces lignes ont été écrites, j'ai reçu la triste nouvelle de la mort de M. van Onsenoort, perte qui sera vivement sentie en Hollande.]

Le travail de M. Schroeder, publié en hollandais, sans date ni lieu d'impression, semble tiré à part des mémoires d'une société savante, probablement des *Verhandelingen van het Genootschap ter bevordering der Genees- en Heelkunde*, te Amsterdam. [Notre supposition est changée en certitude par une note insérée dans le 1er vol. suppl. des *Annales d'Oculistique*, p. 180.] Il porte le titre de : *Anatomisch pathologische opmerkingen over de ontsteking van eenige inwendige deelen van het oog, en bijzonder over choroïditis als oorzaak van glaucoma*, c'est-à-dire : « Remarques anatomico-pathologiques sur l'inflammation de quelques parties internes de l'œil et particulièrement sur la choroïdite comme cause du glaucôme, » par *H. C. Schroeder van der Kolk*, professeur de médecine à Utrecht. 24 pages, in-4°, avec une belle planche coloriée, dessinée par l'auteur.

Après quelques recherches intéressantes et en grande partie neuves sur l'anatomie fine des vaisseaux de l'intérieur du globe oculaire, M. Schroeder van der Kolk s'occupe de l'ophthalmie

interne et de la choroïdite. Il regarde cette dernière comme la cause du glaucôme, sans pouvoir partager les explications des phénomènes du glaucôme données par les auteurs qui s'en sont occupés le plus récemment. Il attribue (p. 9 et 10, p. 11 et 12) la dilatation de la pupille à l'affection des nerfs ciliaires, surtout des deux plus longs qui suivent la direction des artères ciliaires longues. [Toute la branche ophthalmique du nerf trifacial est sans doute plus ou moins malade dans un grand nombre de cas de glaucôme et d'ophthalmie interne.] Il ne croit pas que la décoloration de la choroïde, ni la coloration jaunâtre du corps vitré et du cristallin jouent le rôle qu'on leur a assigné. Le corps vitré ayant même été trouvé brunâtre ne peut concourir à produire une teinte verte.

Le glaucôme et ses phénomènes, surtout la coloration particulière du fond de l'œil, s'expliquent selon lui *par l'épanchement entre la choroïde et la rétine d'un liquide fibro-albumineux blanchâtre ou jaunâtre, sécrété à la surface antérieure de la première de ces deux membranes par suite de son inflammation.*

P. 12. « Tant que cette lymphe plastique est encore plus claire, « comme c'est toujours le cas dans le commencement, la pupille « reste noire, et l'affaiblissement de la vue survient avant qu'un « changement de couleur soit aperçu, comme c'est d'ordinaire « le cas dans le glaucôme. Mais que cette lymphe plastique, s'é- « paississant davantage, devienne albumineuse et opaque : alors « un changement de couleur devra se montrer profondément « dans le fond de l'œil et prendre une forme concave comme « tous les auteurs la reconnaissent au glaucôme. Ajoutons qu'une « inflammation chronique de la choroïde a pour suite un chan- « gement et une diminution dans la sécrétion du pigmentum qui « doivent augmenter ce reflet verdâtre. »

Il cite plusieurs faits de cette espèce, mais il ne donne des détails un peu plus étendus que sur un seul cas sans cependant rapporter une observation complète, ce qui est fort à regretter. Nous citerons en entier les paroles de l'auteur sur ce cas qui ne laisse pas la moindre obscurité sur la partie anatomique et qui est éclairée en outre par une figure.

P. 12. « La choroïde, comme continuation de la pie-mère, ap- « partient aux membranes séreuses; il est connu que dans l'in- « flammation, tant aiguë que chronique de ces membranes, il « se fait une exsudation de sérosité ou de lymphe plastique, et

« je suis arrivé à la conviction que cela a lieu également dans la « choroïdite chronique. J'ai trouvé cela pour la première fois sur « une femme âgée dont l'un des yeux avait été opéré sans suc- « cès de la cataracte par kératonixis, tandis que son congénère « était en même temps affecté d'amaurose; ici je trouvai entre la « choroïde et la rétine une couche épaisse de lymphe plastique « exsudée. Une pareille exsudation, à la suite de choroïdite, ex- « plique, selon mon opinion, parfaitement tous les phénomènes « du glaucôme qui sur cette femme étaient accompagnés de ca- « taracte. »....... P. 13. Cette exsudation, et la diminution de la sécrétion du pigmentum expliquent suffisamment, selon M. Schroeder, la teinte verdâtre de l'opacité dans le glaucôme. C'est une erreur manifeste dont on pouvait se garantir *à priori*, puisque ces circonstances ne peuvent produire qu'un aspect blanchâtre ou jaunâtre du fond de l'œil, en harmonie avec la couleur du liquide épanché. Ce phénomène, au reste, est positivement constaté par l'expérience; en effet, l'opacité dans l'hydropisie sous-choroïdienne est toujours blanchâtre, grisâtre ou jaunâtre, sans aucun mélange de vert, et évidemment striée ou tachetée, tandis que dans le glaucôme elle est uniforme et plus ou moins verte. Nous le répétons, si notre savant confrère avait eu occasion une seule fois d'observer sur le vivant et de disséquer un œil affecté d'hydropisie sous-choroïdienne *non compliquée de cataracte*, cas dans lequel le diagnostic de cette hydropisie peut se faire parfaitement (ce que nous avons fait mainte et mainte fois dans nos leçons cliniques), il n'aurait certainement point confondu deux maladies aussi différentes.

P. 16. L'auteur doute que la coloration jaunâtre du cristallin vers l'âge de 40 ans, indiquée par moi, soit suffisamment prouvée par l'expérience. S'il veut bien disséquer les yeux de tous les individus de 40 ans ou plus qu'il pourra se procurer, il se convaincra facilement de mon assertion; cette teinte jaune existe dans la grande majorité des cas, bien que Morgagni (*Epist. ad Valsalv. op.*, § 26, p. 338) ne l'ait point trouvée sur beaucoup de cadavres. Nous avons d'ailleurs dit qu'à notre grande satisfaction nous avons trouvé dernièrement que Petit de Paris connaissait déjà ce fait. (*Mém. de l'Acad.*, 1726 et 1730). Il en est de même de Petit de Namur (v. Brisseau), et de Lancisi (v. Heister). Tenon aussi la connaissait, comme nous l'avons trouvé il y a peu de jours (Guillié, *Sur la cataracte et l'amaurose*, p. 34). M. Schroeder par-

tage d'ailleurs l'opinion de beaucoup d'autres auteurs que la couleur verte n'est pas un caractère constant du glaucôme ; il croit qu'elle ne survient que dans le cours de cette maladie par suite de la congestion. Cela explique comment il pense pouvoir rendu compte des phénomènes du glaucôme par l'épanchement sous-choroïdien. Nous avons déjà dit que d'autres auteurs attribuent à l'opacité du glaucôme une teinte grisâtre ; elle est toujours plus ou moins verte, et ceux qui la décrivent comme grise ont probablement, à l'exemple de M. Schroeder, confondu le glaucôme et l'hydropisie sous-choroïdienne, qui, d'ailleurs, se distingue encore par d'autres caractères signalés dans le § XVI, xiij, auxquels il faut ajouter l'absence presque générale des varicosités de la choroïde, etc., dans l'hydropisie sous-choroïdienne.

1842. — Dechambre et Mercier.

Dans le n° 3 de l'*Examinateur médical* (16 janvier 1842) une analyse de la première partie de notre mémoire sur le glaucôme se termine par un jugement d'une extrême bienveillance et les paroles suivantes : « Toutes les opinions que nous venons d'énu-
« mérer nous paraissent si solidement assises sur l'observation
« directe, et le talent d'observation de M. Sichel nous est si par-
« faitement connu, que nous sommes disposés à partager en tout
« point son avis. Nous disons disposés, parce que, pour porter
« un jugement suffisamment motivé, il faudrait avoir été long-
« temps placé dans un champ spécial de pratique, qu'il ne nous
« a pas été donné de cultiver. Nous soumettrons cependant à
« M. Sichel un doute qui nous reste sur l'origine qu'il assigne au
« glaucôme ; n'exagère-t-il pas un peu la fréquence de la choroï-
« dite ? Dans un plus grand nombre de cas qu'il ne paraît le
« croire, le glaucôme débute d'une manière latente, et les gros-
« ses veines variqueuses qui se développent peu à peu sous la
« conjonctive, indiquent plutôt un ralentissement passif qu'une
« activité insolite de la circulation oculaire. »

Nous avons nous-même dit dans plusieurs passages de notre mémoire que le glaucôme débute souvent par une simple congestion veineuse de la choroïde. Nous avons même fait observer que la forme qu'on pouvait être tenté d'appeler *glaucôme nerveux* semble devoir son origine à une congestion de cette nature survenue d'une manière soudaine. Mais les symptômes qui se déve-

loppent plus tard sur le vivant, ainsi que le résultat des autopsies, dans cette espèce même de la maladie, où l'on trouve toujours l'amincissement et la décoloration de la choroïde, des exsudations membraniformes entre elle et les autres membranes, et les autres signes de l'ophthalmie interne chronique, toutes ces circonstances, disons-nous, prouvent suffisamment que la simple congestion se change plus tard en phlegmasie ou en est au moins accompagnée. On sait d'ailleurs combien est difficile la distinction de la congestion, surtout chronique, et de la sub-inflammation; aussi leur traitement, surtout lorsqu'il s'agit de l'organe de la vue, doit-il être à peu près identique, si on veut éviter de voir la simple congestion se transformer en inflammation et produire des exsudations et des désorganisations profondes.

§ XXXI. Appendice.

Avicenna. (Supplément.) (Voir les recherches historiques, 1000 après J. C.)

M'étant occupé depuis peu de temps de l'étude de la langue arabe, comme indispensable pour approfondir l'histoire de l'ophthalmologie au moyen-âge, j'ai pu vérifier dans l'original les passages cités d'Avicenne. Ce travail a entièrement confirmé les opinions que j'ai émises.

La traduction du premier passage (alinéa 2) ne contient aucune inexactitude essentielle. Le mot employé dans l'original est *glaucoma* (avec l'orthographe arabe); *glauconia*, comme nous l'avions présumé, est une faute typographique des traductions. La fin du passage est : «Et par suite de cette maladie l'œil se dessèche (ou se ride) et devient bleuâtre.» Ici donc Avicenne traduit évidemment les paroles d'Aristote que nous avons citées (voir 350 avant J. C.), tandis qu'au commencement du même passage il adopte l'opinion de Galien sur le siége du glaucôme dans le cristallin et qu'il tâche en même temps de concilier les hypothèses de Galien (la *siccité*) et de Rufus (l'*humidité*) sur la cause du glaucôme. (Voir 670 après J. C., Paul d'Egine.) Le mot arabe pour *bleuâtre* qui a tant embarrassé les traducteurs est *schahlâ*, féminin de *aschhal*; ce n'est pas tout à fait l'équivalent de *glauque* (équivalent que nous retrouverons plus tard), mais plutôt une teinte bleu-brunâtre qui semble se rapprocher du *charopos* ou *charops* des Grecs et que l'un des traducteurs d'Avicenne a rendu par *varius, varius multorum generum*.

Le titre du second passage (3e et 4e alinéas de notre chapitr sur Avicenne) ne parle nullement de la teinte *verte* de l'œil, mais de sa teinte *bleue* ou *glauque*. Le mot dont se sert l'auteur (*al-zorka*) est la traduction du mot grec *glaukotés;* Alpagi l'a fort justement rendu par *glaucedo*. L'adjectif *viridis* employé par la majorité des traducteurs doit être remplacé partout par *glaucus* (en arabe *zarkâ*, féminin de *azrak*).

Ce que nous avons dit, à la fin du 4e alinéa, sur le mot employé par Avicenne pour rendre celui de *glaucosis* (c'est-à-dire *glaucoma*) d'Aristote, subsiste entièrement; « les yeux des malades et des vieillards, » dit-il, « deviennent *bleuâtres* ou *glauques,* » ce qui indiquerait un changement dans la couleur de l'iris auquel Aristote n'a nullement pensé et qui n'a pas lieu; c'est de la cataracte (appelée de son temps *glaucoma* ou *glaucosis*) qu'il a voulu parler, en lui assignant pour cause la *vieillesse;* et, en effet, plus de vingt siècles se sont écoulés depuis, sans élargir de beaucoup les limites de cette étiologie. Avicenne y a ajouté en termes vagues *la maladie;* probablement il a eu en vue le passage du 4e livre des épidémiques d'Hippocrate que nous avons rapporté.

Les mots d'Avicenne : « et ungatur vertex infandis viridis » portent dans l'original : « et qu'on onctionne le sommet de la tête de *l'enfant aux yeux bleus ou glauques.* »

En résumé, Avicenne a mal rendu les paroles d'Aristote et a, lui-même, été mal traduit et commenté par ses interprètes, ce qui est une nouvelle preuve de l'importance de l'étude des sources originales en fait de tout ce qui touche à l'histoire d'une science et de la médecine en particulier.

1643. — Guyon Dolois.

M. Cunier a eu la bonté de m'envoyer copie du passage suivant de cet auteur, en me faisant observer, avec raison, qu'il vient à l'appui de l'explication que j'ai donnée (dans la première période, p. 232 et suiv.) des passages des anciens relatifs à l'emploi des topiques narcotiques contre la teinte claire de l'iris. Je l'ai vérifié dans l'édition citée par M. Cunier et dans celle de l'année 1643.

Le Cours de Médecine en françois, contenant le miroir de beauté et santé corporelle, par Louis Guyon Dolois, *Sieur de la Nauche.* T. 1, chap. 47. Lyon. 1643. 2 vol. 8. (Cette édition n'est pas la première.) 7e éd. 1678. 4o. p. 111.

« Il se trouue en l'œil vne autre maladie, qu'on appelle *œil veron*, verdoyant ou blaffard, et des Grecs *glaucosis*, et des Latins *glaucoma*, qui n'est autre chose qu'vne desiccation, espesissement de l'humeur cristallin, ayant acquis vne couleur verdoyante, qui fait que les yeux semblent verds et blaffards; les vieilles gens y sont sujets, a cause de leur siccité. Et combien que difficilement cette maladie reçoiue guérison, si est-ce que quand elle commence, on vsera d'vne telle fomentation : *Prenez racine de lys vne once, semence de lin, de funegrec, de chacun six dragmes, feüilles de violier, mauues, blettes, fenoüil, chelidoine, euphrase, de chacun demie poignée; de tous ces simples soit faite fomentation pour l'œil malade :* puis vserez d'vn tel collire : *Prenez racines de mauues, guimauues, de chacun demie once, semence de funegrec trois dragmes, le tout soit infusé en eau d'euphrase, et de fenoüil :* dans ce mucilage vous détremperez *benjoin et storax, calamite, de chacun deux scrupules, myrrhe et aloës de chacun demie dragme*, soit fait *collire*. Plusieurs ont esté bien deceus de prendre le glaucoma pour la cataracte, c'est pourquoy le chirurgien y prendra garde; Paul d'Egine en a esté vn, dont je me suis estonné qu'un tel personnage soit tombé en telle erreur : Galien y a aussi comme acquiescé.

« Les courtisanes de Piedmont et d'Italie se fâchent, quand naturellement, et à leur ieunesses elles ont les yeux verdoyants, estimans celà estre vne difformité, combien qu'Homère escriue cela estre vne beauté : mais afin qu'elles s'ôtent de cette fascherie, je conseille qu'elles vsent du remède suiuant : *Prenez fleurs de iusquiame sechées à l'ombre, soient mises en poudre, puis infusées dans du vin rude et rouge, et de ce vin en soit mis dans les yeux souuent,* ou que l'on tire le jus d'vne pomme de grenade douce, auec fleurs et jus de iusquiame, et soit vsé comme du precedent : les testes de noix, auelanes fort puluerisées et incorposées, auec de l'eau commune mises dans les yeux, les font deuenir noirs. »

1807. — De Walther (Ph.-Fr.).

Abhandlungen aus dem Gebiete der pract. Medicin etc. Landshut. 8°. p. 37.

« Le glaucôme (en supposant qu'il consiste dans une opacité
« partielle ou totale de l'hyaloïde ou de l'humeur vitrée) ne se
« forme jamais, d'après mes observations, sans inflammation des

« parties organiques internes de l'hémisphère postérieur de l'œil.
« Voici pourquoi les différentes espèces du glaucôme correspon-
« dent aux terminaisons de l'inflammation : le changement du
« corps vitré en une masse desséchée et presque pierreuse cor-
« respond à l'induration, son changement en une gélatine puri-
« forme (cité par Plenck) à la suppuration, le synchysis à l'hy-
« dropisie aiguë...... pag. 38. Le glaucôme est le symptôme de
« différentes affections pathologiques de l'intérieur de l'œil.....
« p. 40. L'opinion que le glaucôme est *quelquefois* produit par
« une désorganisation de la rétine est confirmée par une pièce
« pathologique que je conserve. Un homme rachitique au plus
« haut degré, vivant dans un air renfermé, dans une grande
« malpropreté et d'une nourriture grossière, avait, une année
« avant sa mort, un glaucôme complet....... (p. 14.) A l'autopsie
« le cristallin et le corps vitré furent trouvés normaux; on ne
« pouvait reconnaître une désorganisation de la choroïde; les
« deux rétines étaient recouvertes de taches noires en partie rou-
« geâtres, de différentes grandeurs, arrondies, plus nombreuses
« vers la marge antérieure de la rétine. On pouvait les enlever
« avec une curette, et on peut encore les reconnaître après un
« séjour de neuf mois dans l'alcool. »

Je regrette infiniment de n'avoir trouvé ce passage que le jour même où j'ai envoyé à M. Cunier la dernière feuille de mon manuscrit (27 mai). Tous ceux qui l'ont cité, et M. de Walther lui-même dans son dernier travail sur l'amaurose, n'en ont point indiqué la source, et bien que j'eusse lu les mémoires de M. de Walther il y a plus de 10 ans, je ne me rappelais nullement cette observation qui aurait dû figurer en tête de notre § XXI, comme première autopsie de vrai glaucôme. Le temps et l'espace m'ont forcé à n'en donner qu'un extrait. Malgré toute ma déférence pour le haut génie de M. de Walther, je doute fort que dans ce cas il n'y ait pas eu une décoloration et un amincissement de la choroïde et une teinte jaunâtre du cristallin, altérations fort légères en effet pour celui à qui des dissections répétées n'en ont pas montré toute l'importance. Je pense que ce doute ne sera pas pris en mauvaise part par l'illustre chirurgien de Munich, d'autant plus que ces altérations m'ont également échappé dans mes premières recherches et que j'ai vu assez souvent des taches mélanotiques semblables dans la rétine qui presque toujours lors même qu'il n'y a pas de glaucôme, sont accompagnées de déco-

loration de la choroïde. Plusieurs pièces pathologiques semblables sont conservées dans ma collection.

Après avoir, l'un des premiers, et peut être le premier, reconnu la véritable nature et le vrai siége du glaucôme, savoir : la désorganisation des membranes internes, M. de Walther n'aurait pas dû revenir sur une idée aussi juste, comme il l'a fait dans sa dernière publication, qui aurait mérité un examen plus détaillé, si le temps nous l'eût permis (voir notre § IV).

1825. — Weller.

(*Icones ophthalmologici*).

Nous avons oublié de donner la formule du liniment dont M. Weller dit avoir retiré de si grands avantages. La voici :

Pr. : Liniment ammoniacal. . . . . ℥iij (12 gram.).
Laudan. de Sydenh. . . . . . ʒß-j (2 à 4 gram.).
Huile essentielle d'herbe de sabine. ℈j (un gram. environ ou 1,30 gram.).
M.

1831. — Boyer.

Traité des maladies chirurgicales. T. V. Ed. 4. p. 564. Les paroles suivantes de Boyer prouvent de nouveau, combien le glaucôme était peu connu en France il y a dix ans environ :

« Aujourd'hui presque tous les chirurgiens donnent le nom de « glaucôme à l'opacité de l'humeur vitrée..... p. 565. Mais de ce « que Wenzel n'a rencontré dans aucun cadavre cette altération « du corps vitré, serait-il prudent de conclure avec lui qu'elle « ne peut exister jamais? Nous ne connaissons point à la vérité « d'observation d'anatomie pathologique qui établisse d'une ma- « nière certaine l'existence du glaucôme, mais l'analogie porte « à croire que l'humeur vitrée n'est pas à l'abri d'une altération à « laquelle tous les autres liquides du corps sont exposés... p. 565, « en bas. « L'on a dit que la tache blanchâtre formée par l'opacité « du corps vitré n'était point entourée d'un cercle noir, comme « celle qui est produite par le cristallin. Mais cette différence est- « elle bien réelle? Quoi qu'il en soit (566) nous pensons qu'on ne « peut jamais acquérir, pendant la vie, la certitude absolue de « l'existence du glaucôme. »

1839 et 1840. — Van Onsenoort.

Handboek der Oogziekten en gebreken. (Manuel des maladies oculaires.) 8°. Amsterdam, 1839-40.

Nous sommes heureux de rendre hommage à la mémoire de ce digne et laborieux confrère que la mort vient d'arracher à ses nombreux travaux littéraires, en insérant ici un extrait de ce qu'il a publié sur le glaucôme.

T. I, p. 125. Il cite le *glaucôme aigu* comme synonyme de l'*hyalite* (ou *hyaloïdite*).

P. 127. Le *glaucôme* est un *obscurcissement* de la *membrane vitrée* (*glasvlies*, hyaloïde).

T. II, p. 272. Chapitre intitulé : *Obscurcissement du corps vitré ou cataracte verte* (*glaucôme*). Synonymes : *Adiaphanosis corporis vitrei*, *glaucosis, cataracta viridis, glaucedo, glaucophthalmus, oculus caesius.* [Les trois derniers ne se rapportent qu'aux yeux glauques ou bleuâtres.]

P. 272. Cette maladie se montre sous forme d'une opacité du corps vitré ou des parties voisines, de couleur gris-verdâtre, bleu-jaunâtre, vert de mer ou vert d'herbe et d'une apparence concave. On l'aperçoit à travers la pupille élargie, ovalaire et presque immobile. Elle est accompagnée d'une diminution plus ou moins grande ou même d'une abolition complète de la faculté visuelle..... Lerche a vu le glaucôme dans l'enfance [il y a ici sans doute quelque erreur de diagnostic], Carron l'a observé dès la naissance [M. Carron du Villards, dans son *Guide pratique*, ne fait allusion qu'aux observations de M. Prinz sur le glaucôme congénial des agneaux]. Il attaque les personnes aux yeux foncés plutôt que celles aux yeux bleus.

Sous le rapport des contrées, cette maladie est plus fréquente en Angleterre et aussi en Bohême (Sichel). [Il faut qu'il y ait quelque erreur dans cette citation de mon nom ; je ne puis absolument point me rappeler avoir fait cette observation.] P. 273. A New-York (de la Field) et dans la Lombardie (Scarpa) elle est rare. [Scarpa n'en a point parlé, ce qui probablement est le seul motif de cette supposition sur la rareté de la maladie en Lombardie.] Elle est plus fréquente dans des contrées basses et marécageuses que dans des pays montagneux....., plus fréquente sur des personnes adonnées à l'usage de boissons fortes. [Cette dernière observation, d'après l'expérience de M. Cunier, est surtout vraie à Bruxelles.]

P. 275. Cette maladie, quant à sa nature (essence, *wezen*), consiste en une diminution ou une sécrétion anormale du pigmentum, une paralysie des nerfs oculaires, un obscurcissement plus ou moins considérable du corps vitré et une dilatation variqueuse [*aderspattige uitzetting*] des vaisseaux de la choroïde.

1842. — Benedict (T.-W.-G.). (Voir plus haut, 1809.)

Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde. (Mémoires d'ophthalmologie.) 8°. Breslau.

Cet ouvrage tout récent contient (p. 123 à 132) des *Remarques sur le glaucôme* qui prouvent de nouveau combien les meilleurs esprits et les hommes de la plus grande expérience sont sujets à l'erreur en médecine, lorsque, au lieu de prendre pour point de départ l'anatomie pathologique, ils se laissent guider par des idées préconçues. Ne quittant point son opinion déjà rapportée sur le siége du glaucôme dans le corps vitré, le professeur de Breslau, tout en rapportant des faits très-exacts qui prouvent de nouveau son talent d'observateur et son coup-d'œil exercé, les mêle à des explications et des distinctions qui tombent, dès qu'on reconnaît avec nous que l'humeur vitrée ne joue aucun rôle principal dans la pathogénie du glaucôme et que cette maladie est une désorganisation particulière de la choroïde et de la rétine consécutive à leur phlegmasie dont les phases et les causes impriment des caractères différents à sa marche et à ses symptômes. Aussi, pour compléter notre travail, n'allons-nous donner des remarques de M. Benedict qu'un court extrait qui suffira pour faire connaître ses idées, peu différentes de celles exposées dans son Traité d'ophthalmologie, et pour compléter notre travail.

P. 123. « Le glaucôme comme altération de la composition du corps vitré se développe fréquemment avant l'amaurose qui s'y joint comme symptôme inévitable, et la coloration plus noire des objets placés devant l'œil qui se montre lors du début de la maladie, les points et stries noirs devant l'œil sont très-probablement causés par l'obscurcissement de la masse vitrée, tout aussi bien que le trouble de la vision dans la cataracte commençante est produit par l'opacité de la lentille. » (Quelque chose de semblable est dit à la page 126.) » L'amaurose avec ses progrès plus rapides, en pareil cas, ne s'y associe que plus tard, par suite de l'inflam-

mation des membranes internes du globe et de la varicosité de ses vaisseaux qui accompagnent le dépôt glaucômateux. » ....

« La différence entre le glaucôme et l'amaurose arthritique paraît au fond consister en ce que, dans le premier cas, le glaucôme se forme d'abord et que l'amaurose se développe plus tard comme suite du premier, tandis que dans la dernière de ces maladies l'amaurose précède et le glaucôme ne s'y joindra que plus tard. »

M. Benedict a vu des glaucômes se former rapidement pendant certaines fièvres rhumatismo-gastriques et rhumatismo-nerveuses vers le temps de la crise et avec une violente céphalalgie. (p. 124). Il en a vu se développer après une frayeur violente et soudaine. (p. 124, en bas, et 127.) Dans ces circonstances les glaucômes appartenaient probablement à cette variété de la maladie qui est produite par une congestion brusque de la choroïde et que nous avons appelée *glaucôme nerveux*, à cause de l'apparente absence de symptômes inflammatoires et congestifs.

M. Benedict confirme de nouveau l'observation que des individus à iris foncé sont de préférence affectés de glaucôme et que ceux à iris clair n'en souffrent qu'exceptionnellement. (p. 127.) « Par cette raison, » dit-il, « des peuples et des familles chez lesquels les yeux bleus sont rares sont plus sujets à cette maladie. » Il cite (p. 125) l'exemple curieux du fils d'un vieux général archigoutteux, goutteux lui-même à un haut degré, mais doué d'yeux bleus, qui fut exempt, dans son âge avancé, de glaucôme. Ses deux sœurs, au contraire, ayant des iris de couleur foncée, devinrent aveugles des deux yeux par des glaucômes, lorsqu'elles eurent atteint un certain âge.

Ici, comme dans son Traité d'ophthalmologie, l'auteur dit que la constipation accompagne constamment le glaucôme, circonstance que je n'ai pas trouvée aussi constante et à laquelle il porte lui-même quelque restriction. (p. 129.)

P. 126. Il signale fort bien la marche saccadée de la maladie, qui cependant, selon nous, n'est pas constante. « Quelquefois la cécité augmente considérablement en une demi-heure ou une heure de temps, puis s'arrête pendant six à huit semaines et plus, pour augmenter de nouveau et très-subitement ou devenir complète. »

P. 127. « Souvent j'ai eu le soupçon que, lors du développement extraordinairement rapide du glaucôme, on devait en accu-

ser une complication d'encéphalite. Mais l'absence de tout symptôme de cette dernière et d'accidents paralytiques et apoplectiques réfutent cette opinion. » Certes si les symptômes de phlegmasie de l'encéphale manquent, ceux de sa congestion, le plus ordinairement chronique et quelquefois aiguë, sont très-manifestes dans la choroïdite et le glaucôme, et j'ai vu souvent souffrir et quelquefois mourir des suites de ces accidents cérébraux des personnes affectées de l'une et de l'autre de ces maladies.

P. 127. « On a vu le glaucôme survenir soudainement après une saignée pratiquée sur un individu qui n'en avait point besoin, ainsi qu'après l'instillation de l'extrait de belladone dans l'œil. Cependant cela n'aura lieu que lorsque l'œil est déjà malade et dans la première période du glaucôme, de sorte que ces agents nuisibles n'ont donné qu'une impulsion additionnelle au plus fort développement de l'affection, ou la cécité survenue rapidement après une pareille cause n'a été d'abord qu'une amaurose à laquelle le glaucôme est venu se joindre plus tard. » Ici encore je crois M. Benedict dans l'erreur. Une saignée faite mal à-propos peut produire une amaurose par l'épuisement du système nerveux et de la rétine, mais non un glaucôme, maladie organique de la choroïde et suite de son inflammation. Elle peut seulement, dans le glaucôme commençant, amener la cécité complète par une amaurose. La belladone en instillations ne produit positivement, d'après mes observations, aucun effet ni bon ni mauvais sur des yeux affectés de glaucôme, même commençant, et ne dilate même point la pupille, dans les cas exceptionnels où celle-ci n'est point très-élargie par la maladie, comme j'ai déjà eu occasion de le dire.

P. 129. « Les bains, surtout les bains sulfureux, se sont montrés très-funestes aux malades glaucômateux. » Cela ne peut sans doute s'attribuer qu'à leur haute température, et je n'hésiterais nullement à donner à des glaucômatiques des bains, même sulfureux, à une température peu élevée, si j'en trouvais une indication rationnelle puisée dans une complication particulière.

P. 129. M. Benedict s'élève avec force contre l'usage de la cure d'eau froide (*Kaltwasserkur*, hydrosudopathie) dans le glaucôme. Il reproche à cette méthode en général de produire, chose facile à concevoir, des congestions cérébro-oculaires très-dangereuses. Cette nouvelle espèce d'empirisme, éclose dans le cerveau d'un paysan ignorant, n'étant point encore à la mode chez nous (peut-

être son tour viendra-t-il, comme celui de l'homœopathie, autre absurdité médicale importée d'Outre-Rhin), nous ne trouvons point nécessaire de traduire en entier la sortie juste et énergique du savant chirurgien de Breslau.

P. 130. L'auteur vante beaucoup, dans le glaucôme *arthritique*, l'application de taffetas gommé sur la tête, en recommandant d'éviter qu'il ne produise des érysipèles.

P. 131. Parmi les dérivatifs M. Benedict donne la préférence à d'abondantes frictions de pommade stibiée pratiquées à la nuque, d'une apophyse mastoïde à l'autre, sur l'application du séton, non-seulement dans le glaucôme, mais encore dans toutes les congestions oculaires. Sur ce point nous sommes de son avis.

P. 132. Comme synonyme de la cataracte glaucômateuse il donne *glaucoma lentis*. « Au fond, il y a dans tout glaucôme, même à son début, une opacité commençante du cristallin. » Cela me paraît une erreur manifeste; on voit au contraire très-bien, dans la grande majorité des glaucômes à leur début, la profondeur et la concavité de l'opacité apparente et la parfaite transparence du cristallin. On ne s'attendrait point, de la part d'un ophthalmologiste aussi expérimenté que M. Benedict, à une hérésie aussi étonnante. Cela montre de nouveau que le glaucôme a été jusqu'ici une des parties les plus faibles de l'ophthalmologie.

P. 132, en bas. « Je crois avoir observé que les personnes affectées de glaucôme dont le globe finit par s'atrophier portent presque toujours une cataracte verte complète, tandis que dans les cas où le cristallin n'est que peu obscurci le globe oculaire glaucômatique ne semble passer que rarement, peut-être jamais, à l'état d'atrophie. » Ceci est assez conforme à mes observations. On se rappelle que j'ai nié la terminaison du glaucôme par l'atrophie simple, c'est-à-dire, sans ulcération préalable de la cornée, et cela parce que je ne l'ai jamais vue. Mais je puis avoir tort et avoir été mal servi par le hazard. Outre les auteurs qui en parlent, M. Cunier m'a écrit avoir observé un œil manifestement glaucômatique et présentant tous les caractères de l'atrophie; M. Desmarres, mon chef de clinique et collaborateur, m'a dit en avoir vu un semblable, et cela à ma clinique, pendant mon absence, et sur une malade qui ne s'est plus représentée. Cette terminaison doit donc être regardée comme hors de doute, mais elle doit néanmoins être très-rare et plus rare que ne le disent les

auteurs qui, nous en avons eu des preuves assez nombreuses, ne sont pas toujours d'une exactitude rigoureuse sur le diagnostic du glaucôme. Or, dans l'atrophie complète de l'œil la pupille s'oblitère ou se rétrécit et s'obstrue au moins par une opacité du cristallin, la choroïde et la rétine se désorganisent et s'ossifient souvent, toutes circonstances qui font qu'il doit être difficile et rare de constater la complication de l'atrophie, même commençante, et du glaucôme, à moins qu'on n'admette l'atrophie toutes les fois que le globe oculaire a perdu de sa consistance, sans avoir diminué de volume.

Le même ouvrage de M. Benedict contient (p. 1 à 9) un article intitulé : *Remarques sur les maladies oculaires causées et modifiées par le Trichome* [la plique polonaise]. Parmi ces maladies l'auteur parle d'une espèce particulière de glaucôme, dont nous allons rendre compte, pour compléter notre travail.

(P. 4.) « Aussi fréquemment [que l'amaurose trichomateuse] il se forme, par suite d'un dépôt trichomatique, un glaucôme complet....... qui se distingue, par plusieurs symptômes, des formes de cette maladie développées par d'autres causes....... Presque toujours la pupille, dilatée et immobile, est anguleuse, inégale et attachée çà et là, par des paquets de filaments exsudatifs, à la capsule et au bord de la couronne ciliaire (p. 5) : preuve que presque toujours un état inflammatoire dans l'iris a existé, précédé ou suivi, dans cette variété du glaucôme.

« Presque toujours une opacité plus ou moins évidente du cristallin se joint à cette forme de la maladie...... Quelquefois un œil affecté de glaucôme trichomatique s'atrophie et présente alors, avec les exsudations sur l'iris et l'opacité cristallinienne, un aspect singulier. La dureté et la varicosité du globe existe dans cette forme dès le début....... Les deux yeux sont atteints à peu d'intervalle l'un de l'autre, de sorte que je ne connais aucun cas où le malade aît conservé pendant quelque temps un certain degré de faculté visuelle d'un œil, tandis que l'autre était complétement glaucômateux, circonstance si fréquente dans les autres variétés du glaucôme. La maladie est complétement incurable et n'admet même point le traitement palliatif par lequel nous pouvons retarder pour quelque temps la cécité du second œil dans le glaucôme ordinaire, au moins dans celui dont la marche est lente. La cécité, d'après ce que j'ai vu, survient beaucoup trop rapidement. »

Ce que M. Benedict, dans sa dernière publication, dit sur les symptômes du glaucôme qu'il rattache à une opacité du corps vitré et sur la complication du glaucôme et de l'amaurose, nous force à rapporter encore quelques passages de son Traité d'ophthalmologie et de nous expliquer de nouveau sur quelques points que nous avons déjà touchés dans le cours de notre travail, points sur lesquels il est important qu'il ne reste aucune obscurité. La marche, les prodrômes et les symptômes du glaucôme varient, selon que la choroïdite qui le produit est compliquée, ou non, de rétinite ou d'autres affections de la rétine dont le signe le plus général est l'amaurose, c'est-à-dire la cécité non accompagnée de caractères anatomiques. Souvent les deux membranes sont malades en même temps; souvent aussi l'affection de la choroïde et celle de la rétine alternent entre elles : l'une s'arrête temporairement, l'autre marche plus rapidement et ses symptômes deviennent plus manifestes, et *vice versa*. Ces circonstances expliquent complétement les grandes variétés dans la marche et les signes du glaucôme et ce que les auteurs ont dit sur sa complication avec l'amaurose. Car, au fond, tout glaucôme est accompagné de symptômes amaurotiques, c'est-à-dire, d'une perte de la vision plus ou moins complète; mais lorsque ceux de la phlegmasie et de la désorganisation de la choroïde sont moins tranchés ou s'arrêtent momentanément, ceux de l'amaurose pure et simple peuvent la remplacer pendant quelque temps, comme ils peuvent aussi la précéder toutes les fois que l'affection de la rétine a été antérieure à celle de la choroïde. Voici pourquoi les causes du glaucôme sont absolument identiques avec celles de la choroïdite et de l'amaurose : des affections morales, des chagrins, la fatigue des yeux, une lumière insuffisante le produisent aussi bien qu'une lumière trop forte. (Benedict.) La vision, comme le dit cet auteur, change comme dans les amauroses congestives chroniques; ceci est au moins très-juste pour la majorité des cas. Beer a quelquefois vu des chroopsies avoir lieu dans le glaucôme; M. Benedict ne les a point vues dans la première période; nous les avons vues fréquemment et à toutes les époques, mais seulement lorsque les symptômes congestifs et inflammatoires étaient prédominants.

M. Benedict (t. V, p. 144) dit avoir vu quelquefois survenir le glaucôme entre 30 et 40 ans, mais il ne donne aucun détail ultérieur. C'était probablement, comme nous l'avons vu de notre côté et mentionné plus haut, dans des cas d'une ménopause préma-

turée (voyez par exemple l'obs. V); nous doutons fort que le glaucôme se soit jamais montré à cet âge chez des femmes encore bien menstruées ou chez des hommes. M. Rosas, sous le rapport de cette circonstance, comme sous celui de la plus grande fréquence du glaucôme relativement chez les juifs, me semble avoir plutôt eu en vue les observations de M. Benedict que les siennes propres.

Mes recherches littéraires m'ont prouvé de nouveau que personne n'a parlé des plaques ardoisées ou bleuâtres si caractéristiques que j'ai signalées dans le § VI. J'ajouterai que quelquefois elles sont d'une couleur très-claire, blanchâtre ou blanc bleuâtre, et nacrées. Si j'ai été le seul à décrire cette altération curieuse, si fréquente et presque constante dans ce dernier degré du glaucôme, en revanche je n'ai pas donné une attention suffisante à une particularité très-intéressante indiquée par M. Benedict dans son Traité d'ophthalmologie (t. V, p. 145) et dans ses mémoires d'ophthalmologie (p. 128) : Dans les cas exceptionnels le glaucôme se forme sur des yeux à iris bleu, gris, ou gris-bleuâtre; cette couleur de la surface antérieure de l'iris avant que le glaucôme ne se développe, commence à pâlir et se change peu à peu en une teinte gris-jaunâtre ou jaunâtre, tandis que la coloration bleuâtre s'est perdue en entier. « Comment un iris marbré se comporte dans des cas de cette nature », ajoute ce professeur dans le second des deux passages cités, « c'est ce que je n'ai encore peu observer jusqu'à présent. »

Arrivé au terme de ces recherches historiques, nous avertissons nos lecteurs, que plusieurs auteurs, déjà cités dans le texte de ce mémoire, tels que Végèce, Leblanc, Hurtrel d'Arboval, Carron du Villards, Chélius, Sanson, etc., n'ont plus été mentionnés ici. Nous avons également passé sous silence tous les ouvrages qui ne font que reproduire les opinions généralement connues.

CONCOURS INSTITUÉ PAR LES ANNALES D'OCULISTIQUE.

La Rédaction des *Annales d'Oculistique*, avait mis au concours de 1841-42 la question suivante : « *Determiner par des recherches d'anatomie pathologique, la nature et le siége de la cataracte. S'attacher surtout à l'examen critique de l'opinion récemment émise par M. Malgaigne.* »

Quatre mémoires nous sont parvenus en réponse à cette question ; ils portent pour épigraphes :

Le n° 1 (écrit en français) : « *Il faut savoir que, dans toutes les sciences, il existe des bornes au-delà desquelles il est douteux que l'esprit humain puisse jamais pénétrer, mais que sûrement il ne peut franchir qu'à l'aide du temps et d'une longue suite de travaux.* »

HALLER.

Le n° 2 (écrit en allemand) :

« *Quid cessare juvat? Medicorum tende virorum*
Parva liber gressu non remorante fores. »

Le n° 3 (écrit en français) : « *Il est dangereux de faire briller l'esprit là où il ne faut que de l'observation.* » JANIN.

Le n° 4 (écrit en hollandais) : « *Welligt zal het aan eenigen voorkomen, dat ik, hier en daar, te zeér in kleinigheden ben getreden.* »

KERST.

Ce dernier mémoire est exclu du concours, l'auteur s'étant fait connaître.

Ces quatre travaux sont renvoyés à l'examen d'une commission.

Le prix consiste en une médaille d'or de la valeur de 150 fr., une collection des *Annales d'Oculistique* et un abonnement gratuit de 5 années à ce journal.

ANNALES

D'OCULISTIQUE.

Tome VII. — 6e livraison. — Septembre 1842.

DES MUSCLES ET DES APONÉVROSES DE L'OEIL;

Par le docteur A. Bonnet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

(Suite et fin. Voir la livraison de juillet.)

§ II. — Anatomie des muscles de l'oeil.

Je n'ai pas l'intention de décrire avec détail, dans ce chapitre, tout ce qui est relatif à l'anatomie de ces muscles. Il est inutile d'insister sur des choses parfaitement connues et qui sont exposées dans tous les livres. Je me bornerai à indiquer les particularités qui ont été omises jusqu'à présent par les auteurs classiques et surtout celles qui offrent des applications soit physiologiques, soit chirurgicales.

Tous les muscles de l'œil ont trois insertions, la première à l'orbite, la seconde à la capsule et la troisième à la sclérotique. Placés dans les deux tiers de leur trajet en dehors de la capsule oculo-palpébrale, ils sont, dans cette portion à laquelle nous conserverons le nom de portion *extra-capsulaire*, recouverts par une masse assez épaisse de tissu adipeux. Arrivés au niveau de la portion moyenne de l'œil, ces muscles percent obliquement la capsule, en s'insérant sur elle, et après l'avoir traversée ils se portent vers l'œil, entourés d'une gaîne fibreuse de forme conique, et qui doit être considérée comme un prolongement de la capsule. Enfin ils vont s'insérer à la sclérotique, à une distance variable de la cornée. Nous appellerons *intra-capsulaire* la portion de ces muscles, étendue depuis leur entrée dans la capsule jusqu'à leur attache à la coque fibreuse de l'œil. Il est inutile d'insister ici sur

ce fait que nous avons déjà indiqué en parlant de la capsule, savoir, que toutes les gaînes des muscles sont unies entre elles par l'aponévrose d'enveloppe, ce qui établit entre tous les muscles de l'œil une connexion intime et une communauté d'action dont la connaissance conduit à des applications importantes dans l'opération du strabisme.

Telle est, d'une manière sommaire, la disposition générale des muscles de l'œil : maintenant prenons chacun de ces muscles, et montrons, en peu de mots, les particularités qui peuvent offrir quelque intérêt sous le rapport de la myotomie oculaire.

Il est inutile de parler des insertions postérieures des muscles droits. Mais leurs points d'attache antérieurs doivent être étudiés avec beaucoup de soin; car ils ne s'insèrent pas tous à la même distance de la cornée, et il est important que l'opérateur sache d'une manière précise dans quel point il doit implanter sa pince ou son crochet, et porter son bistouri pour tomber avec certitude sur le tendon qu'il veut couper. Le muscle droit interne et le droit inférieur sont ceux qui se rapprochent le plus de la cornée; car ils viennent se placer à peu près à cinq millimètres de distance de cette membrane. Le droit externe s'insère à deux ou trois millimètres plus en arrière. Enfin le droit supérieur se termine habituellement à peu près à un centimètre de la cornée.

Les muscles droits, interne et externe, doivent encore être examinés dans leurs rapports avec les angles des paupières. Ainsi il faut savoir que le muscle droit interne ne répond pas exactement à l'angle interne des paupières, mais que pour trouver son insertion scléroticale il faut le chercher au-dessus et immédiatement en avant de la caroncule lacrymale.

Quoique l'angle externe des paupières soit, chez un très-grand nombre de personnes, plus élevé que l'interne, le muscle abducteur étant sur le même diamètre que son antagoniste, doit aussi être recherché un peu au-dessus de l'angle palpébral correspondant.

Les muscles droits supérieur et inférieur ont avec les paupières des connexions qui doivent être notées. Ces connexions ne sont pas indiquées dans les livres d'anatomie, et l'on se rend facilement compte de cette omission, puisqu'elles sont établies par l'intermédiaire de la capsule fibreuse qui avait jusqu'à ces derniers temps échappé au scalpel de tous les anatomistes, Ténon excepté.

La gaîne fibreuse du muscle droit supérieur se continue avec celle de l'élévateur de la paupière supérieure, en sorte qu'il y a une solidarité d'action très-intime entre ces deux muscles, à un tel point que sur le cadavre l'on ne peut tirer le droit supérieur sans tirer en même temps les paupières en haut et en arrière.

Le droit inférieur a des rapports encore plus immédiats avec la paupière inférieure. En effet, la capsule fibreuse après avoir fourni la gaîne de ce muscle forme un prolongement qui va s'adosser au cul-de-sac de la conjonctive, et qui accompagne cette membrane en lui restant intimement unie jusqu'au cartilage tarse. Ainsi il y a une liaison fort étroite entre le muscle abaisseur de l'œil et la paupière inférieure, et cette liaison est établie au moyen de la gaîne fibreuse du muscle.

Les muscles obliques présentent aussi des dispositions anatomiques dignes d'être notées, et sur lesquelles il faut nous arrêter un instant.

Le grand oblique est le plus long et le plus mince de tous les muscles de l'œil; il se termine en avant par un tendon cylindrique et allongé qui est la seule partie sur laquelle je dois insister. Ce tendon commence à 2 ou 3 millimètres en arrière d'une poulie de réflexion qui s'attache à l'angle supérieur et interne de l'ouverture orbitaire; il se dirige, après sa réflexion, en bas, en arrrière et en dehors, s'enroule autour de la partie supérieure du globe oculaire, et s'insère à son côté externe et supérieur. Dans son trajet, ce tendon perce la capsule entre le droit supérieur et le droit interne, contracte avec elle des adhérences intimes, et a ainsi deux portions, l'une extra-capsulaire et l'autre intra-capsulaire. La première glisse dans une gaîne fibreuse dont la surface interne est tapissée par une membrane synoviale, et qui s'étend de la poulie cartilagineuse à la capsule. La seconde est entourée d'une gaîne qui lui est intimement adhérente, et qui s'étend jusqu'au globe oculaire auquel elle s'insère.

Le muscle petit oblique est pour nous d'une très-grande importance, puisque c'est sur la connaissance exacte de sa disposition anatomique que repose l'opération que nous avons imaginée pour la guérison de la myopie, et de la disposition à la fatigue des yeux.

Le muscle petit oblique s'insère au rebord inférieur de l'orbite à un centimètre environ du sac lacrymal, souvent sur ce sac luimême. Sa portion extra-capsulaire est plus longue que sa por-

tion intra-capsulaire. L'ouverture aponévrotique dans laquelle il s'engage, est très-rapprochée de celle du droit inférieur. La portion intra-capsulaire s'enroule autour de l'œil pour embrasser sa partie inférieure, se porte en arrière, en dehors et un peu en haut, et va s'insérer en arrière de la partie moyenne de l'œil.

Si après avoir enlevé la paroi externe et supérieure de l'orbite, détaché tous les muscles droits et laissé seulement les deux obliques, on examine avec soin les rapports qu'ils ont l'un avec l'autre, l'on trouve que leurs tendons peuvent être considérés comme liés l'un avec l'autre, par la portion de sclérotique qui est placée entre eux et que leur ensemble forme une anse qui entoure l'œil obliquement en arrière et en dehors, et qui les dispose ainsi non-seulement à attirer l'œil en avant et en dedans lorsqu'ils se contractent de concert, mais à comprimer cet organe dans cette contraction simultanée.

Ténon, dont nous avons exposé plus haut les recherches sur la tunique fibreuse, a écrit sur l'anatomie des muscles droits un chapitre très-remarquable que nous croyons devoir reproduire en entier.

Des faisceaux tendineux des muscles droits.

« Les quatre muscles droits de l'œil s'attachent, comme on sait, par leur extrémité postérieure, au fond de l'orbite et au nerf optique. Ces muscles droits, par leur autre extrémité, s'attachent antérieurement au globe de l'œil. Telles sont en général leur origine et leur terminaison connues. Voici maintenant ce que la méthode de disséquer, à laquelle j'ai eu recours, m'a découvert touchant la terminaison de ces muscles en avant du globe de l'œil.

« Un peu en arrière du tendon que chacun des muscles droits envoie à l'œil, il se forme un *faisceau tendineux*, lequel procède des fibres charnues de chacun des muscles droits et d'une gaîne membraneuse qui les enveloppe et les pénètre. Peu loin de cette origine, et à mesure que ces *faisceaux tendineux* augmentent en longueur, ils s'éloignent du tendon du muscle dont ils procèdent. La destination, le volume, la direction de ces *faisceaux tendineux* sont différents. Je désigne ces parties sous le nom de *faisceaux tendineux* et non pas sous celui de tendons, distinction fondée sur ce qu'avec des propriétés qui leur sont communes avec

les tendons, ils en ont d'autres qui ne paraissent point convenir aux tendons.

« Comme les fibres tendineuses, celles de ces *faisceaux tendineux* sont la continuation des fibres charnues des muscles droits ; pour m'assurer de cette disposition, j'ai déchiré les muscles adducteur et abducteur selon leur longueur, après avoir coupé leurs tendons. En procédant de la sorte, il est arrivé que je déchirais les *faisceaux tendineux* dans toute leur longueur, jusqu'aux endroits où ils se terminent et dont nous parlerons. Au surplus, on juge aisément à la vue simple que les fibres blanches, droites et rassemblées de ces faisceaux, sont la continuation des fibres charnues de ces muscles droits. Voilà en quoi les *faisceaux* dont il s'agit ressemblent à des tendons. Ils en diffèrent en ce qu'ils sont en partie une émanation de la gaîne membraneuse qui enveloppe chacun de ces muscles; en ce qu'ils sont d'un tissu moins solide, moins serré que celui des tendons, et qu'ils sont en outre singulièrement souples et élastiques.

« Le muscle abducteur, le plus gros et le plus long des muscles droits, possède le plus gros et le plus fort faisceau tendineux. Ce faisceau prend naissance au côté externe de ce muscle au delà de son tendon, puis s'en éloigne, se porte en avant et de côté en gagnant l'angle externe de l'orbite, où il s'attache à l'os même près le bord inférieur de la glande lacrymale.

« Par cette disposition le faisceau dont il s'agit force le tendon du muscle abducteur à se couder ; en changeant ainsi sa direction, il fait par rapport à ce tendon et au muscle entier l'office de poulie de renvoi. En effet, lorsque le muscle abducteur se contracte, son *faisceau tendineux* s'allonge par degrés, et de plus en plus, sans pourtant que le coude qu'il fait faire au muscle abducteur puisse s'effacer entièrement; ensuite le ressort dont ce faisceau est doué, ramène les choses dans leur premier état aussitôt que le muscle a cessé de se contracter.

« Il est incontestable que le *faisceau tendineux* dont il s'agit, attaché d'un bout au muscle abducteur, de l'autre à l'angle externe de l'orbite, change la direction suivant laquelle on estimait que ce muscle abducteur agissait sur l'œil ; je veux dire que ce muscle ne détourne pas l'œil vers l'angle externe de l'orbite, en se contractant, comme on le pense, suivant une ligne droite, mais qu'il agit sur cet organe suivant une ligne qui, partant de son insertion à l'œil, doit tenir un certain milieu entre cette at-

tache en devant et celle du *trousseau tendineux* à l'angle externe de l'orbite.

« Au moyen de ces dispositions, le faisceau dont il s'agit modère la pression que le muscle abducteur et son tendon ne manqueraient pas d'exercer sur le côté externe du globe de l'œil au préjudice de ses fonctions; pression dont nonobstant la présence de ce faisceau on découvre en certains sujets des traces en forme de sillons sur le côté du globe de l'œil. Ce faisceau a d'autres distinctions, j'en parlerai dans un instant.

« Celui du muscle adducteur, ou qui entraîne l'œil du côté du nez, est moins gros et moins long que celui du muscle abducteur. Il commence à peu près où finissent en devant les fibres charnues du muscle adducteur; de là il se porte à l'angle interne de l'orbite et s'y implante au bord du canal nasal osseux. Ce que j'ai dit du *faisceau tendineux* du muscle abducteur, lorsque je l'ai considéré comme faisant l'office de poulie de renvoi, est applicable au *faisceau tendineux* du muscle adducteur.

« Quant aux faisceaux tendineux des muscles releveurs et abaisseurs de l'œil, ils n'aboutissent pas aux os qui bordent l'orbite comme font les précédents.

« Celui du releveur se rend à une bride aponévrotique qui traverse l'orbite d'un côté à l'autre, dans l'épaisseur de la paupière supérieure. Cette bride est ce qui donne lieu au pli enfoncé en manière d'arc qu'on remarque à la peau de cette paupière lorsqu'elle est relevée. Quand ce muscle droit supérieur se contracte, il tire l'œil en haut, et à la faveur de son *faisceau tendineux*, il entraîne en même temps l'arcade ou bride aponévrotique de la paupière; par là il force la peau à se plisser en arcade et l'oblige à se dégager en même temps lorsque la paupière d'en haut s'éloigne de celle d'en bas.

« A l'égard du *faisceau tendineux* du muscle abaisseur, il se perd dans la paupière inférieure.

« On s'assurera de l'existence de ces *faisceaux tendineux* et de celle de quelques autres parties dont je rendrai compte, en procédant à leurs recherches ainsi qu'il suit :

« Prenez la tête d'un cadavre humain, emportez avec la scie le haut du crâne en suivant une ligne qui passe immédiatement sur le plancher de l'orbite; retranchez la partie postérieure du crâne en arrière et au niveau du trou optique; séparez la partie droite de la partie gauche de la face; ensuite, avec une scie très-fine,

telle que celles dont se servent les horlogers, sciez le plancher de l'orbite, de l'angle interne au trou optique, et de l'angle externe au même trou; après quoi, soulevez cette coupe osseuse qui offre un tronçon de forme pyramidale, en commençant par sa pointe, vers le trou optique; renversez ce tronçon osseux sur la paupière supérieure sans le détacher de celle-ci. Alors détachez chacun de ces muscles des environs du trou et du nerf optique, soulevez-en les extrémités posérieures et les disséquez avec soin d'arrière en avant; bientôt vous rencontrerez les faisceaux en question et leurs terminaisons telles qu'on vient de les décrire. »

§ III. Action des muscles de l'œil.

Avant que M. Dieffenbach fit, pour la première fois, l'application des sections musculaires au strabisme, les chirurgiens s'étaient fort peu occupés de la question de savoir quelle est l'action des muscles de l'œil; mais depuis cette époque, et surtout depuis qu'on a eu l'idée de guérir la myopie par la myotomie oculaire, ils ont dû s'occuper activement de ce point de physiologie; car l'indication de couper un muscle plutôt qu'un autre dans une variété donnée de strabisme et dans la myopie, découle nécessairement de la connaissance exacte des fonctions de ces muscles.

Il semble, au premier abord, que rien ne soit aussi simple que de déterminer le mode d'action de chacun d'eux, et cependant les auteurs sont dans le plus grand désaccord sur cette question. C'est surtout pour l'action des muscles obliques que cette divergence singulière doit être signalée. A quoi tient-elle? Je ne puis le rapporter qu'à une observation incomplète et à des expériences vicieuses. La preuve de cette assertion ressortira bientôt des considérations dans lesquelles je vais entrer.

Avant de trancher le problème de l'action des muscles de l'œil, on aurait dû se poser toujours préalablement la question suivante : *Quels sont tous les moyens à l'aide desquels on peut arriver à déterminer avec certitude le mode d'action d'un muscle?* Cette première question une fois résolue, on aurait dû rechercher si l'opinion qu'on s'était formée sur l'action des muscles de l'œil, était confirmée par tous les moyens les plus rigoureux de vérification.

On peut arriver à la connaissance exacte du mode d'action d'un muscle par quatre voies principales : 1° les inductions anatomi-

ques ; 2° les expériences cadavériques ; 3° les expériences sur les animaux vivants ; 4° les résultats des opérations pratiquées sur l'homme.

Qu'ont fait ceux qui ont écrit sur les fonctions des muscles de l'œil ? Les uns ont déterminé ces fonctions seulement d'après les connaissances anatomiques qu'ils possédaient sur ces organes ; les autres, d'après les seuls résultats de leurs opérations ; ceux-ci en ne s'appuyant que sur des expériences faites sur le cadavre ; ceux-là enfin, que sur quelques vivisections. Aussi sont-ils arrivés, pour la plupart, à des résultats différents. Au lieu d'employer tous les moyens capables de faire découvrir la vérité, au lieu de s'en servir comme contre-épreuve les uns des autres, ils se sont contentés de quelques-uns d'entre eux, et c'est d'après ces recherches insuffisantes qu'ils ont prétendu déterminer les mouvements imprimés à l'œil par les muscles qui s'y insèrent. La marche que nous avons suivie expose moins à l'erreur. Avant d'adopter une opinion sur l'action des muscles de l'œil, nous avons consulté tour à tour les données fournies par l'anatomie, par la pathologie, par les expériences sur le cadavre et par les expériences sur les animaux vivants. Ces différentes recherches n'ont pas cependant toutes la même valeur, et il ne peut-être pas inutile de dire quelques mots sur leur importance relative.

Inductions anatomiques.

Il existe des règles à l'aide desquelles on peut apprécier *a priori* et avec justesse le mode d'action des muscles, une fois que l'on connaît leurs points d'attache. Ces règles, qui sont connues de tout le monde, peuvent se résumer ainsi : 1° Les muscles à direction droite qui n'affectent aucune courbure dans leur trajet, ne font que rapprocher, en se contractant, leur extrémité mobile de leur extrémité fixe. 2° Les muscles recourbés, mais sans poulie de réflexion, présentent deux temps dans leur contraction : *A*, le redressement de la courbure ; *B*, le rapprochement des points d'insertions. 3° Dans les muscles à direction réfléchie, l'action ne doit s'estimer qu'à partir du point de la réflexion.

A l'aide de ces principes on peut, je le répète, arriver à l'appréciation véritable de l'action des muscles ; mais il est facile de s'égarer, si l'on n'a pas les notions les plus parfaites sur leurs dispositions anatomiques. Cette méthode d'exploration appliquée

à l'œil, qui est un organe sphérique et qui offre des mouvements combinés de rotation, de circumduction et de transport, expose à des erreurs qui ne sont pas aussi à craindre quand on l'applique à l'action d'un muscle sur un levier osseux comme le fémur.

Enfin, cette méthode est insuffisante dans son application aux muscles de l'œil, parce que cet organe, étant compressible, subit, quand il est mis en mouvement, non-seulement des changements de direction, mais encore des changements de forme que la connaissance des points d'attache peut faire présumer, mais qu'elle ne peut faire apprécier d'une manière assez exacte.

Expériences sur les animaux vivants.

Ces expériences, faites dans le but de vérifier quelle est l'action des muscles de l'œil, n'ont aussi qu'une valeur très-réstreinte; je crois qu'elles peuvent fournir des éléments utiles pour la solution du problème, mais je pense qu'il ne faut pas leur accorder une importance trop grande, parce que la douleur produite par les vivisections peut, comme l'a dit M. Phillips, produire des mouvements insolites qu'il est impossible d'isoler et d'attribuer à un muscle plutôt qu'à un autre.

Une autre raison qui rend ce mode d'expérimentation insuffisant, peut-être même infidèle, c'est qu'en coupant ces muscles sur un animal vivant, on peut bien juger directement des effets de leur destruction, mais non des effets de leur action physiologique. En deux mots, comme moyen complémentaire, on peut employer les vivisections; mais comme moyen exclusif d'appréciation, je ne puis leur accorder que peu de confiance.

Résultats des opérations pratiquées sur l'homme vivant.

C'est aux résultats fournis par ces opérations que MM. Dieffenbach et Phillips se sont principalement adressés pour apprécier l'action des muscles de l'œil.

Un homme est affecté de strabisme en haut et en dedans. On lui coupe d'abord le droit interne, et cette première section est insuffisante pour ramener la pupille au centre des paupières; l'œil reste encore dévié en haut et en dedans. Mais si on étend l'incision en haut et que l'on coupe le muscle grand oblique, alors, d'après ces auteurs, la déviation cesse tout à fait, et l'œil reprend

sa direction normale. Ils en concluent que le muscle grand oblique porte l'œil en haut et en dedans, puisqu'en le coupant on fait cesser le strabisme qui tourne l'œil dans ce sens.

Je ne puis admettre les conclusions auxquelles ces auteurs sont arrivés, et que presque tous les chirurgiens ont adoptées depuis eux. Le fait sur lequel ils s'appuient est incontestable, mais on peut l'interpréter autrement qu'ils ne l'ont fait.

Le muscle droit interne, lors même qu'il a été coupé à son insertion à la sclérotique, peut encore maintenir l'œil en dedans, parce qu'il adhère à la capsule, et que celle-ci, de son côté, est unie à l'œil. Mais si on vient à isoler complétement la capsule de la sclérotique, le droit interne n'aura plus d'action sur l'œil, et le strabisme en dedans et en haut pourra cesser entièrement. Or, c'est cette séparation que l'on opère en allant à la recherche du grand oblique et en pratiquant la section de ce muscle. Le résultat qu'on obtient alors peut être compris sans supposer que le grand oblique tire l'œil en haut et en dedans, et dès lors l'effet produit par l'opération n'a pas une signification assez claire pour conduire à la connaissance des fonctions de ce muscle. On peut dire d'une manière générale que la myotomie ne conduit pas à la détermination rigoureuse des fonctions encore obscures des muscles de l'œil.

Expériences cadavériques.

Cette méthode d'investigation ne me paraît pas aussi trompeuse que M. Phillips le prétend. Suivant lui, la dissection ayant complétement isolé les agents musculaires, ces derniers impriment à l'œil les mouvements que l'expérimentateur veut déterminer. Cette accusation ne peut s'adresser qu'à une expérimentation mal faite, car il n'est pas besoin d'isoler complétement les muscles pour les faire mouvoir sur le cadavre.

Il suffit d'enlever, avec un ciseau ou avec une scie, le sommet du cône représenté par l'orbite, à un centimètre seulement en avant du trou optique pour mettre à découvert les attaches postérieures des quatre muscles droits et du grand oblique. Pour découvrir l'attache orbitaire du petit oblique, il suffit de faire une incision le long du bord inférieur de l'orbite en dehors du sac lacrymal. Une fois qu'on a mis à nu les extrémités postérieures des six muscles de l'œil, on attache à chacune de ces ex-

trémités un fil avec lequel on tire chacun d'eux dans le sens de sa direction naturelle. L'on peut ainsi apprécier avec certitude le sens dans lequel chacun d'eux fait mouvoir le globe oculaire. Toutefois je dois signaler une précaution qu'il est nécessaire de prendre pour le petit oblique.

Si après avoir attaché un fil à l'extrémité orbitaire de ce muscle préalablement détaché, on tirait le fil par l'ouverture faite à la paupière, pour juger de son action, il est évident qu'on s'exposerait à une grossière erreur, puisqu'on aurait ainsi modifié la direction du petit oblique. Pour que l'expérience soit faite avec rigueur et pour placer ce muscle dans les conditions où il se trouve quand il se contracte naturellement, il faut faire passer le fil à travers une ouverture pratiquée à l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur et venant aboutir dans les fosses nasales. Alors on tire le muscle sans changer sa direction naturelle, et l'on est à l'abri de toute erreur.

Je crois que ce mode d'expérimentation est le meilleur pour apprécier les changements de forme et de direction que les muscles de l'œil impriment à cet organe. Toutes les fois que je l'ai employé il m'a donné des résultats identiques, et toujours en harmonie avec ceux que donne l'étude anatomique des attaches de ces muscles. Je montrerai aussi dans quelques instants que les faits pathologiques bien interprétés s'accordent parfaitement avec les expériences sur le cadavre.

§ IV. Action des muscles droits.

Les muscles droits agissent tout à la fois sur la direction et sur la forme de l'œil.

Tout le monde connaît les changements de direction que ces muscles droits impriment à l'œil ; chacun sait que le droit inférieur porte la pupille en bas, le droit supérieur en haut, le droit interne en dedans, et le droit externe en dehors.

Mais il est, sur l'action de ces muscles, plusieurs particularités qui ne sont pas suffisamment connues. La première que je signalerai, c'est l'action des droits supérieur et inférieur sur les mouvements des paupières. Nous avons vu que la partie de la capsule fibreuse qu'ils traversent en y adhérant, se continue avec les cartilages tarses, en sorte qu'ils ne peuvent se contracter sans tirer en arrière les paupières sur lesquelles ils ont ainsi une aponé-

vrose d'insertion. On voit, d'après ces dispositions, qu'il est aisé de comprendre pourquoi les mouvements des paupières suivent constamment ceux du globe de l'œil en haut et en bas, puisque le droit supérieur élève tout à la fois l'œil et la paupière supérieure, et que le droit inférieur, en abaissant l'œil, abaisse aussi la paupière inférieure. Ainsi se trouve résolue la question de savoir par quel mécanisme la paupière inférieure peut s'abaisser. Comme on ne trouvait aucun muscle chargé spécialement d'exécuter ce mouvement, véritablement actif, on était obligé de faire intervenir la pression exercée par l'œil lui-même. Aujourd'hui la difficulté est tranchée, car on voit que l'abaisseur de la paupière inférieure n'est autre que le muscle droit inférieur, qui agit sur cette paupière par l'intermédiaire de la capsule fibreuse.

Il est un second point relatif à l'action des muscles droits interne et externe qu'il me reste à examiner ; je veux parler de l'influence qu'exercent sur cette action les prolongements fibreux qu'ils envoient au rebord orbitaire. On se rappelle sans doute que dans le chapitre où nous avons décrit la capsule fibreuse, nous avons mentionné deux prolongements tendineux qu'elle envoie au niveau des angles interne et externe de l'orbite, prolongements qui vont se continuer avec les ligaments palpébraux interne et externe, et que Ténon a décrits sous le nom de *faisceaux tendineux*. Ces prolongements modifient la direction dans laquelle les muscles adducteurs et abducteurs tireraient l'œil s'ils n'avaient, par suite de leur adhérence à l'orbite, une sorte de poulie de réflexion. En effet, quand ces muscles se contractent, comme ils s'insèrent à la capsule avant de se rendre à l'œil, ils la tirent en arrière ; mais la capsule se trouve alors en même temqs tirée par ces prolongements fibreux qui lui font subir un coude, comme Ténon l'avait déjà très-bien compris, et alors les muscles subissent une véritable réflexion qui fait que le droit interne non-seulement tourne la pupille en dedans, mais encore imprime à l'œil un mouvement de transport dans le même sens, et que le muscle droit externe porte aussi la totalité de l'œil un peu en dehors.

Changements de forme du globe de l'œil, sous l'influence des muscles droits.

J'aborde maintenant une question vivement controversée et bien peu connue, c'est celle des changements de forme qu'impri-

ment à l'œil les muscles droits. Ces modifications de forme ont reçu de quelques auteurs le nom de mouvements internes de l'œil.

Trois opinions sont en présence. Les uns veulent que les muscles droits, en se contractant, diminuent le diamètre antéro-postérieur de l'œil (*Müller, Treviranus*). D'autres au contraire qu'ils l'allongent (*Everard Home, Ramsden, Pravaz*). Suivant les troisièmes enfin les droits n'ont aucune influence sur la forme de l'œil.

Pour résoudre ces questions, je ne pense pas qu'on puisse consulter avec fruit la pathologie ou les vivisections. L'anatomie elle-même ne peut apprendre à ce sujet que bien peu de chose; les expériences cadavériques seules peuvent fournir, à mon avis, des données sûres et précises. L'anatomie nous apprend que les muscles droits se contournent un peu autour de l'œil; qu'en se contractant ils doivent se redresser, et qu'en se redressant ils peuvent aplatir l'œil latéralement, c'est-à-dire allonger son diamètre antéro-postérieur, ce qui se trouve encore confirmé par cet autre fait anatomique, savoir, qu'il n'est pas rare de trouver sur l'œil des sillons correspondants à la direction des muscles droits. En définitive, l'anatomie peut faire présumer la compression latérale de l'œil par l'action des muscles droits, mais elle ne peut servir à démontrer rigoureusement cette compression.

Les vivisections ne peuvent fournir que très-peu et même point de lumière dans l'appréciation des changements de forme que les muscles droits impriment à l'œil. Car pour déterminer si la section d'un muscle droit allonge ou raccourcit le diamètre antéro-postérieur de l'œil, il faudrait mettre à découvert la partie postérieure de cet organe, ce qu'il n'est pas possible de faire sans enlever la voûte de crâne et le cerveau, par conséquent, sans anéantir la vie de l'animal. Au reste, quand bien même on pourrait mesurer l'œil, sur des animaux vivants, sans faire des dégâts aussi graves, en coupant un ou plusieurs des muscles droits, on détruirait seulement l'action des faisceaux coupés, mais on ne pourrait en aucune manière apprécier par cette expérience l'influence de leur contraction sur la forme de l'œil.

L'expérimentation cadavérique nous conduit à des résultats plus sûrs et plus complets. Rien n'est si facile par cette méthode que d'estimer d'une manière rigoureuse quels changements de forme l'œil éprouve pendant la contraction des muscles droits. Pour cela, il suffit de mettre à découvert le globe de l'œil en ar-

rière, en enlevant la moitié postérieure de l'orbite, et d'attacher des fils à l'extrémité orbitaire de chacun des muscles droits. Cela fait, il s'agit de déterminer si la traction de ces muscles allonge ou raccourcit l'œil. Pour y parvenir on peut recourir à deux moyens différents, mais qui ne sont pas également bons. L'un de ces moyens consiste à poser simplement la pulpe d'un doigt sur la cornée pendant qu'on exerce la traction des muscles ; soit qu'on tire isolément chaque muscle, soit au contraire qu'on les tire tous les quatre à la fois, le doigt sent la cornée qui se soulève, devient plus convexe, et par conséquent plus saillante en avant. Nous avons répété l'expérience un très-grand nombre de fois, et le résultat a toujours été identique. Ce résultat peut faire présumer que l'œil s'allonge par la contraction des muscles droits, mais il ne prouve pas cet allongement d'une manière incontestable ; car on peut objecter que pendant la traction, l'œil est porté en arrière contre la capsule fibreuse qui résiste, qu'ainsi la moitié postérieure de l'œil se trouve écrasée, ce qui doit refouler le corps vitré et le cristallin en avant, et par suite l'iris, l'humeur aqueuse et la cornée.

Le second moyen est beaucoup plus rigoureux. Il consiste à mesurer avec un compas d'épaisseur, à branches très-flexibles, en fil de plomb, par exemple, l'intervalle qui existe entre le point où le nerf optique pénètre dans l'œil et le point central de la cornée, avant de pratiquer la traction des muscles droits, et de comparer cette mesure avec celle obtenue pendant les tractions. En procédant de la sorte, on voit de la manière la plus sensible que sous l'influence d'une traction exercée sur les muscles droits, le diamètre antéro-postérieur de l'œil s'allonge, car les branches du compas s'écartent, ce qu'il est on ne peut plus facile de vérifier. Cet allongement de l'œil sur le cadavre pendant que l'on tire les quatre muscles droits à la fois, est de 3 ou 4 millimètres. Ces résultats de l'expérimentation cadavérique sont confirmés par ceux qu'on obtient en employant d'autres méthodes d'investigation ; car d'après les insertions et la direction des muscles droits, on peut avancer que ces muscles, pendant leurs contractions, doivent se redresser et aplatir les parties latérales du globe oculaire, et comme l'œil représente une sphère pleine de liquides, son diamètre transverse ne peut être diminué sans que son diamètre antéro-postérieur n'augmente aussitôt. L'allongement de l'œil par les muscles droits sert à démontrer que ces muscles jouent un

grand rôle dans l'accommodation de l'œil à la vision des objets rapprochés.

§ V. Action des muscles obliques.

Je suivrai pour les muscles obliques la même marche que pour les muscles droits, c'est-à-dire que j'examinerai successivement leur influence, 1° sur la direction; 2° sur la forme de l'œil.

Action du grand oblique sur la direction de l'œil.

Cette action n'a pas été appréciée de la même manière par tous les auteurs. L'on comprend même difficilement comment une question aussi simple en apparence a pu donner lieu à des opinions si différentes, si contradictoires.

Suivant Albinus, le grand oblique porte la partie supérieure du globe de l'œil en dedans et la partie inférieure en dehors. Il dirige la pupille au-dessous de l'angle externe des paupières.

Suivant Portal et Hippolyte Cloquet, le grrnd oblique tourne le globe de l'œil de dehors en dedans, de derrière en devant, et de haut en bas.... La pupille est portée en bas et en dedans.

Suivant Charles Bell, le grand oblique porte l'œil en bas.

Bichat pense que le grand oblique ne déplace pas l'œil, qu'il lui fait subir seulement un mouvement de rotation sur son axe de dedans en dehors.

M. Cruveilhier n'a tenu compte comme Bichat que du mouvement de rotation sur l'axe antéro-postérieur, et, comme Bichat, il dit aussi que ce mouvement de rotation se fait de dehors en dedans.

Alex. Lauth pense que le muscle grand oblique dirige la partie supérieure de l'œil en dedans et en avant vers le nez. Toutefois il est très-disposé à croire avec Schroeder van der Kolk, que ce muscle n'agit jamais seul et qu'il se contracte toujours simultanément avec le petit oblique.

MM. Dieffenbach et Phillips admettent que par l'action du grand oblique la pupille est dirigée en haut et en dedans.

Enfin M. Lucien Boyer, dans la *Gazette des Hôpitaux* du 20 juillet, a publié de nouvelles expériences tendant à renverser l'opinion de M. Dieffenbach et à réhabiliter celle de Bichat et de M. Cruveilhier, qui veulent que le grand oblique fasse seulement subir

à l'œil un mouvement de rotation sur son axe de dehors en dedans, c'est-à-dire, pour traduire avec plus de précision l'opinion de ces auteurs, un mouvement de rotation par lequel l'extrémité externe du diamètre horizontal de la pupille serait relevé.

Comment découvrir la vérité au milieu de ce chaos d'idées contradictoires?

Le moyen le plus sûr de résoudre le problème est, suivant moi, de prendre pour guides les expériences cadavériques, et les connaissances anatomiques. Quant aux observations pathologiques auxquelles MM. Dieffenbach et Phillips accordent la plus grande importance, et quant aux vivisections, j'ai démontré plus haut qu'elles étaient très-difficiles à interpréter et pouvaient induire facilement en erreur.

Les expériences cadavériques faites avec beaucoup de soin et d'après le procédé que j'ai conseillé dans le chapitre qui précède, c'est-à-dire en enlevant le sommet du cône formé par l'orbite, et en attachant un fil à l'extrémité postérieure du grand oblique sans le disséquer, et sans altérer en rien sa direction, m'ont appris que la traction de ce muscle portait la pupille en bas et en dehors et qu'elle imprimait au globe de l'œil un mouvement de rotation par lequel la partie supérieure de cet organe était portée en dedans et la partie inférieure en dehors. Le premier de ces résultats réhabilite l'opinion professée autrefois par Albinus, et rejetée depuis par une multitude d'auteurs. Du reste, il est parfaitement en harmonie avec les inductions que nous pouvons tirer de l'anatomie, et je ne puis comprendre aujourd'hui comment il n'a pas été annoncé *a priori* par tous les anatomistes. En effet, comment se comporte le grand oblique depuis sa poulie cartilaginense jusqu'à l'œil, seule partie dont il faille tenir compte pour juger de l'action de ce muscle? Il se dirige en bas, en dehors et en arrière; il dépasse l'axe antéro-postérieur de l'œil, et s'insère un peu au côté externe et supérieur de cet organe.

D'après cette disposition, la contraction qui rapproche l'insertion oculaire du muscle de sa poulie cartilagineuse, conduit cette insertion en haut, en dedans et en avant. Or, comme la partie antérieure du globe de l'œil se porte en sens inverse de sa partie postérieure, tandis que celle-ci est tirée en haut et en dedans, celle-là se porte en bas et en dehors; ce qui revient à dire que, par l'action du grand oblique, la pupille se porte en bas et en dehors. De plus, le tendon du grand oblique s'enroulant autour de l'œil,

ne peut tirer la partie supérieure de celui-ci en dedans sans lui imprimer un mouvement de rotation dans le même sens.

Voilà ce qu'apprennent les expériences cadavériques et la connaissance raisonnée de la disposition anatomique du grand oblique sur le mode d'action de ce muscle.

MM. Dieffenbach, Phillips et Lucien Boyer ont avancé des opinions tout à fait contraires à celles que j'ai adoptées. Ces opinions doivent être examinées avec soin, et si elles sont erronées, il faut en chercher la cause.

MM. Dieffenbach et Phillips ont écrit tous les deux que le muscle grand oblique porte l'œil en haut et en dedans. S'ils entendent parler de la partie postérieure de l'œil, ils ont raison, mais s'ils veulent dire, ce qui ressort évidemment de la lecture de leurs ouvrages, que le grand oblique porte la pupille en haut et en dedans, je ne saurais partager leur opinion. Pour étayer celle-ci, ils s'appuient sur des observations pathologiques tirées de l'étude du strabisme.

« Après avoir opéré des strabismes convergents, dit M. Phillips, en coupant seulement le muscle droit interne, j'ai vu des yeux conserver une déviation en dedans et en haut. La dissection de la membrane muqueuse fut étendue plus au loin sous la paupière supérieure, et le tendon du grand oblique fut coupé en travers ; aussitôt libre de tout obstacle, le globe de l'œil vint reprendre sa position normale. »

Je ne puis admettre l'opinion de MM. Dieffenbach et Phillips pour deux raisons : 1° parce que le fait sur lequel ils ont basé leur théorie est loin d'être constant ; 2° parce que l'existence même de ce fait peut s'expliquer très-naturellement sans l'intervention du muscle grand oblique.

Il n'est pas vrai de dire que la section du muscle grand oblique remédie toujours à la déviation de l'œil en haut et en dedans, alors qu'elle a résisté à la section du droit interne. Dans la *Gazette des Hôpitaux* du 20 juillet, M. Lucien Boyer dit positivement que, sur six malades chez lesquels la section du grand oblique a été pratiquée par lui ou par M. Amussat, pour remédier à cette espèce de strabisme, trois n'en ont retiré aucun avantage, et que depuis longtemps il a renoncé à la pratiquer.

Mais si le redressement du strabisme en haut et en dedans ne s'opère pas constamment après la section du droit interne et du grand oblique, il faut bien avouer qu'il s'observe souvent ; car

MM. Dieffenbach et Phillips en ont cité d'assez nombreux exemples.

Comment expliquer ces faits? Faut-il absolument rapporter le succès à la section du grand oblique? Je ne le pense pas. L'explication qui me paraît la plus rationnelle consiste à attribuer la réussite, dans les cas observés par MM. Dieffenbach et Phillips, à la séparation étendue de l'œil et de la capsule. Qu'on se rappelle la description que nous avons donnée de cette coiffe aponévrotique qui enveloppe l'œil, les adhérences que les six muscles moteurs oculaires contractent avec elle, ce que nous avons dit sur la persistance d'action des muscles après la section de leur partie antérieure, dans l'opération du strabisme, et l'on comprendra facilement comment, après la section du droit interne, l'œil peut se porter en dedans et en haut, la portion extra-capsulaire du muscle coupé continuant à tirer l'œil par l'intermédiaire de la capsule qui n'a pas été séparée de la sclérotique dans une assez grande étendue.

Nous sommes d'autant plus autorisés à adopter l'opinion que nous venons d'exposer, que jamais nous n'avons coupé le grand oblique, et que cependant, dans presque tous les cas de strabisme en haut et en dedans que nous avons eu l'occasion d'opérer, nous avons obtenu le redressement complet de l'œil en divisant largement la capsule par en haut.

Le résultat des observations de strabisme, comme je viens de le prouver, n'est pas aussi favorable à la théorie de M. Dieffenbach qu'il le semblait au premier abord; en sorte qu'il ne lui reste plus aucun appui, car toutes les autres méthodes d'investigation lui sont directement opposées.

Il était important de combattre l'opinion qui veut que le muscle grand oblique porte la cornée en haut et en dedans, car elle est le fondement d'une erreur qui consiste à faire croire que la section du muscle droit externe, faite pour remédier au strabisme divergent, peut amener facilement un strabisme convergent consécutif.

A propos des vivisections faites par M. Lucien Boyer pour apprécier l'action du grand oblique, je me bornerai à répéter ce que j'ai déjà dit des expériences faites sur les animaux vivants. C'est une méthode défectueuse par son insuffisance; en l'appliquant, on peut apprécier l'effet qui résulte de la destruction d'un muscle, mais non l'effet de son action. Aussi n'a-t-il été donné à

M. Lucien Boyer de constater qu'une partie des fonctions du grand oblique, la rotation de l'œil de dehors en dedans sur son axe antéro-postérieur.

Quant aux opinions émises par Bichat, MM. Lauth, Charles Bell, etc., elles sont comme celles de M. Lucien Boyer plutôt incomplètes que fausses, et si elles paraissent si divergentes, c'est moins parce qu'elles sont réellement opposées que parce qu'elles n'expriment chacune qu'un phénomène isolé d'une fonction complexe.

En résumé, le grand oblique, d'après les recherches auxquelles je me suis livré, porte la pupille en bas et en dehors (fig. 4), et il imprime au globe de l'œil un mouvement de rotation par lequel la partie supérieure de celui-ci est entraînée en dedans. Ces mêmes recherches m'ont démontré que c'était ce mouvement de rotation qui était le plus marqué.

Fig. 4.



Cette figure représente la direction que prend la pupille lorsqu'on exerce une traction sur le grand oblique.

Je devrais parler maintenant des changements de forme qui sont imprimés à l'œil par le muscle grand oblique; mais ces changements étant les mêmes que ceux produits par le petit oblique, je préfère y consacrer un article commun qui trouvera plus naturellement sa place un peu plus loin.

Action du muscle petit oblique.

Examinées seulement sous le rapport de la direction qu'il imprime à l'œil, les fonctions du petit oblique sont aussi complexes

que celles du grand oblique dont il est l'antagoniste. Il n'est donc pas surprenant que les auteurs soient aussi en grande dissidence sur l'action de ce muscle.

Suivant Albinus, le petit oblique dirige la pupille en haut vers la partie externe du sourcil, et fait tourner la partie inférieure de l'œil de dehors en dedans.

Portal et Hippolyte Cloquet ont émis une opinion tout à fait semblable.

Bichat et M. Cruveilhier pensent que le petit oblique n'accomplit qu'un mouvement de rotation de dedans en dehors sur l'axe antéro-postérieur.

M. Phillips veut que le petit oblique porte l'œil en bas et en dedans.

M. Lucien Boyer a écrit que le petit oblique abaissait l'extrémité interne du diamètre horizontal de la cornée.

L'étude attentive de la direction et des attaches du petit oblique, et des expériences cadavériques répétées un très-grand nombre de fois et faites avec beaucoup soin, m'ont conduit à ce résultat, savoir : qu'Albinus, Portal et Hippolyte Cloquet avaient parfaitement compris l'action du petit oblique, en disant qu'il dirige la pupille en haut et en dehors.

En effet, en jugeant de l'action du petit oblique d'après les connaissances anatomiques, on voit que si son insertion oculaire tend à se rapprocher de son insertion orbitaire, la première se porte en avant, en dedans et un peu en bas; qu'il tend aussi à faire tourner l'œil de telle manière que la partie externe de sa moitié postérieure soit tirée en bas, en dedans et en avant, mouvement qui ne peut s'accomplir sans que la cornée ne se dirige en haut et en dehors.

L'expérimentation cadavérique confirme en tous points les inductions tirées de l'anatomie. Ainsi en tirant l'extrémité orbitaire du muscle petit oblique sans altérer en rien sa direction, on voit l'œil (fig. 5) se porter en avant et la pupille se tourner en haut et en dehors. Ces différents mouvements sans doute sont peu marqués, cependant ils sont facilement appréciables, même en opérant des tractions très-faibles. De même que pour le grand oblique, le mouvement de rotation est plus évident que les autres.

Fig. 5.



Cette figure représente la direction que prend la pupille lorsqu'on exerce une traction sur le muscle petit oblique.

M. Phillips est de tous les auteurs celui qui s'est le plus écarté de la vérité, si toutefois, comme la chose paraît évidente, en attribuant au petit oblique la propriété de porter l'œil en bas et en dedans, il entend aussi parler de la déviation de la cornée dans le même sens. Ce sont encore des faits pathologiques tirés de l'histoire du strabisme qui l'ont égaré. Je n'ai pas besoin de revenir sur l'explication que j'ai donnée des phénomènes qui avaient pu l'induire en erreur. Ce serait faire des répétitions pour le moins inutiles.

Quant aux autres auteurs, l'opinion de chacun d'eux est incomplète. Ils ont pour la plupart reconnu une des faces de la vérité, mais ils ne l'ont pas discernée tout entière.

Lorsque les muscles obliques, au lieu d'agir d'une manière isolée, se contractent ensemble, leurs mouvements antagonistes se neutralisent et leurs mouvements congénères persistent. Ainsi l'œil est tiré en avant et en dedans, et la pupille est tournée un peu en dehors, mais elle ne se porte ni en haut ni en bas. On peut vérifier ce résultat en tirant à la fois les extrémités orbitaires des deux muscles obliques sur un cadavre, avec toutes les précautions que nous avons indiquées pour pratiquer convenablement cette expérience.

Changements de forme du globe de l'œil sous l'influence des muscles obliques.

Il nous faut maintenant examiner avec soin les changements de forme qu'éprouve l'œil par la traction des muscles obliques.

On se rappelle sans doute que nous avons fait remarquer, en décrivant les particularités anatomiques de ces deux muscles, que leur ensemble forme une anse complète qui entoure l'œil obliquement en arrière et en dehors. Que les muscles obliques agissent isolément ou bien, au contraire, qu'ils agissent de concert, il est bien évident que non-seulement il y aura un mouvement de transport de l'œil en avant et en dedans, mais encore qu'il y aura compression de cet organe dans le sens de sa longueur; car le redressement d'un seul ou des deux muscles obliques diminue nécessairement l'intervalle qui sépare, dans l'état de relâchement, les deux branches de l'anse formée autour de l'œil par ces muscles.

L'expérience cadavérique démontre d'une manière directe l'allongement de l'œil par l'action des muscles obliques, et vient encore confirmer le résultat que nous avons déduit des connaissances anatomiques. En tirant simultanément les extrémités orbitaires des deux obliques, on peut déjà s'assurer, en plaçant la pulpe du doigt sur la cornée, que celle-ci devient plus convexe. Mais on peut encore démontrer d'une manière plus rigoureuse que l'axe antéro-postérieur de l'œil s'allonge par la contraction des muscles obliques. Il suffit pour cela de mesurer, comme nous l'avons déjà conseillé pour l'appréciation fonctionnelle des muscles droits, avec un compas d'épaisseur à branches très-flexibles, l'intervalle qui sépare le point d'immersion du nerf optique dans l'œil, du point central de la cornée, pendant qu'on tire les muscles et pendant qu'ils sont dans le relâchement.

Cette expérience cadavérique est on ne peut plus concluante; c'est elle, comme nous le verrons plus loin, qui nous a dévoilé la raison de plusieurs phénomènes pathologiques relatifs au strabisme, à la myopie et à la fatigue des yeux dans la vision des objets rapprochés.

Nous sommes donc conduits à admettre que, sous le rapport des changements de forme qu'ils impriment à l'œil, les muscles obliques sont congénères des muscles droits, que tous l'allongent et concourent ainsi à l'accommodation de l'œil aux objets rapprochés. Cette opinion a déjà été émise par M. Pravaz devant la Société de médecine de Lyon. Nous réclamons pour nous seulement de l'avoir démontrée d'une manière péremptoire.

MÉMOIRE

SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE D'EMPLOYER LE NITRATE D'ARGENT DANS QUELQUES OPHTHALMIES ;

Par M. le docteur DESMARRES, chef de clinique de M. Sichel.

(Suite et fin. Voir les livraisons de mai et juin.)

---

§ VI. *Cas particuliers dans lesquels le collyre de nitrate d'argent peut être employé selon notre méthode. Quelques mots sur ceux où il est contre indiqué.*

1° CONJONCTIVITES.

A. *Conjonctivite simple*. — A son début, c'est-à-dire au moment où l'inflammation est dans sa marche ascendante, on pourrait sans doute, et avec certitude de succès, employer de la manière indiquée le collyre de nitrate d'argent. Mais lorsque la conjonctivite est simple, il n'y a aucune injection dans la sclérotique ; la pupille est mobile, normalement ouverte ; en un mot, il n'y a point de photophobie. Il est donc, jusque-là, plus rationnel de s'en tenir aux moyens généraux, tels que des purgatifs salins, des bains de pieds, etc., et de passer plus tard à de légers collyres astringents.

Malheureusement, l'inflammation de la conjonctive tend souvent à passer aux membranes internes, et celles-ci présentent alors tous les signes d'une congestion plus ou moins vive et des phénomènes d'autant plus importants à reconnaître, que, si on les néglige, l'œil peut être gravement compromis. Ainsi, la sclérotique, saine jusque-là, se couvre de vaisseaux, l'iris perd plus ou moins de sa mobilité normale, sans que sa coloration cependant soit aucunement altérée ; la pupille se resserre un peu, la photophobie et l'épiphora surviennent ; enfin on voit tous les symptômes d'une hypérémie oculaire active. Il n'y a pas à hésiter alors ; le collyre de nitrate d'argent, employé de la manière indiquée, fera bientôt tout disparaître. Mais si au lieu d'une simple hypérémie il existe un commencement d'inflammation des membranes internes, il faut se hâter de recourir à une médication antiphlogistique décidée.

B. *Conjonctivite catarrhale*. — Elle rentre tout à fait dans le cas de la précédente. Au début, on doit se comporter comme si la

conjonctivite était simple. Lorsqu'on a à craindre un chémosis inflammatoire ou séreux, il faut se hâter d'avoir recours au nitrate d'argent selon notre méthode, pour arrêter le gonflement dans sa marche, avant que l'inflammation n'ait atteint les membranes internes, et avant que des épanchements interlamellaires plus ou moins larges et profonds ne se soient formés dans la cornée. Hâtons-nous de dire cependant que ces épanchements lorsqu'ils sont circonscrits et superficiels, ne sont point une contre-indication à l'emploi du collyre.

Lorsque la maladie, sans complication de chemosis, en est à sa deuxième période, c'est-à-dire à l'écoulement plus ou moins abondant de matière jaunâtre, quelques applications journalières de sulfate de cuivre en crayon sur les conjonctives palpébrales, aidées de collyres astringents, tels que ceux de plomb, de zinc, de cuivre, etc., suffisent toujours pour ramener les tissus à des conditions normales.

Si la maladie, passée à l'état chronique, s'est compliquée de granulations sur les conjonctives (cas applicable aussi aux conjonctivites purulentes), ce n'est nullement une indication de recourir au nitrate d'argent en collyre, surtout si ce collyre est faible, les conjonctives granulées prenant rapidement la couleur noirâtre indélébile dont nous avons parlé plus haut. (V. § III.) Il faut alors pratiquer l'excision des granulations combinée à la cautérisation, ou la cautérisation seule, selon le cas.

C. *Conjonctivite des nouveau-nés. — Conjonctivite purulente. — Conjonctivite blennorrhagique.* — Il serait oiseux de répéter ici que le nitrate d'argent a rendu d'immenses services dans ces maladies, surtout avant que la cornée ne fût atteinte profondément. Graefe le premier, ainsi qu'on l'a vu dans le § II, avait déjà recommandé ce moyen dès l'année 1824. Néanmoins, si l'on étudie les résultats publiés de tous côtés, on ne tarde pas à reconnaître que l'emploi du nitrate a souvent échoué même dans les mains les plus habiles, très-probablement, entre autres circonstances, parce qu'il était prescrit à dose ou trop forte, ou trop faible, et surtout, dans ce dernier cas, parce que les instillations répétées à trop grande distance permettaient à la réaction de survenir. Employé de la manière que nous avons indiquée, le nitrate nous a été du plus grand secours dans les affections dont nous nous occupons, et nous ajouterons même que dans ces cas il ne nous est pas arrivé de résultats fâcheux en réalité.

Nous avons observé, en effet, que le nitrate d'argent employé selon notre méthode, met l'œil malade à l'abri du gonflement énorme qui ne manque pas de survenir par le fait même de la maladie, et que ce gonflement augmente soit après les cautérisations avec le crayon, soit à la suite de l'usage des solutions à dose très-concentrée. Par ces deux derniers moyens, il est vrai, on arrête souvent l'écoulement purulent, mais le gonflement, sous-jacent à l'escarre de la muqueuse, détermine par la compression des lésions de la cornée qu'on aurait pu éviter.

Un autre inconvénient de ces cautérisations c'est que, pour agir de nouveau, il faut attendre la chute des parties détruites qui, pendant tout le temps qu'elles restent en place, mettent les tissus qu'elles recouvrent à l'abri des collyres qu'on pourrait avoir prescrits, circonstance à considérer dans une affection dont la marche est si rapide. Nous croyons donc qu'il est souvent très-fâcheux pour le malade atteint d'ophthalmie purulente, d'employer un moyen qui, par son application, augmente, ou souvent même provoque le gonflement qui accompagne toujours cette maladie, et qui, d'un autre côté, n'agit pas d'une manière continue sur les parties malades.

Par notre méthode, au contraire, on prévient le gonflement ou on l'arrête s'il existe, sans l'augmenter d'abord, et l'on agit sur l'œil d'une manière incessante, sans risque d'aucun inconvénient. Cependant nous devons nous hâter de dire qu'un autre moyen moins douloureux pour les malades, nous a également bien réussi dans les ophthalmies purulentes déclarées. Nous voulons parler des instillations presque continues pendant vingt-quatre heures et plus, d'un simple collyre de borax, ou autre astringent faible, entre les paupières au moyen d'une petite seringue, s'il y a beaucoup de gonflement. Ces instillations sont aidées de l'application d'une sangsue au-devant de chaque oreille chez les nouveau-nés, d'une ou plusieurs larges saignées chez les adultes, et surtout, dans tous les cas, de la cautérisation des quatre paupières avec le sulfate de cuivre répétée plusieurs jours de suite.

Je viens encore d'employer ce moyen sur cinq individus atteints d'ophthalmie purulente, parmi lesquels se trouvaient le garçon des pavillons de l'Ecole pratique et sa petite fille, âgée ne deux ans seulement. Cette enfant avait communiqué la maladie à son père. Chez ces cinq malades, ce traitement a parfaitement bien réussi à ramener, dans l'espace de quatre à cinq

jours, l'ophthalmie purulente à l'état de simple conjonctivite catarrhale, bien qu'elle se fût montrée sous la forme la plus aiguë (1).

D. *Conjonctivite lymphatique, scrofuleuse, appelée aussi conjonctivite angulaire, partielle, avec ou sans pustules ou papules.*

Cette maladie, bornée à une partie seulement de la conjonctive bulbaire, doit être attaquée plutôt par un traitement général que local. La rougeur cède le plus souvent très-vite à des purgatifs, au calomel à l'intérieur, aux iodures, aux préparations antimoniales, etc., mais s'aggrave rapidement sous l'influence des topiques astringents faibles, ainsi que nous l'avons dit plus haut, § III, et peut dégénérer bientôt, si l'on emploie ce moyen, en une ophthalmie rebelle avec photophobie opiniâtre. Il n'est pas nécessaire, pour cette conjonctivite, de recourir à l'emploi du nitrate d'argent selon notre méthode. Nous avons exprimé notre opinion sur la cautérisation, avec le crayon de nitrate, des pustules qui apparaissent sur la conjonctive dans cette maladie : nous n'y reviendrons pas ici.

2° KÉRATITES. — PANNUS.

L'inflammation de la cornée se présente sous deux aspects différents selon qu'elle est primitive ou secondaire, c'est-à-dire selon qu'elle frappe d'emblée cette membrane ou qu'elle s'y propage par continuité de tissu. Dans le premier cas, la membrane transparente se dépolit en partie ou dans son ensemble sans que la conjonctive ait été préalablement malade ; dans le second, au contraire, cette dernière s'est enflammée, et l'inflammation a gagné la cornée. Les kératites primitives n'amènent pas d'ordinaire d'inflammation de la conjonctive, du moins au début, mais se compliquent très-fréquemment d'une ophthalmie interne, à marche très-lente, qui finit par produire à la longue des adhérences entre l'iris et la capsule (synéchies postérieures) et des dépôts fibro-albumineux sur cette membrane. Cette inflammation interne de l'œil

(1) Parmi ces cinq malades, un enfant de trois ans demi, dont nous avons publié l'observation dans les *Annales d'Oculistique* de février 1842, a présenté un phénomène bien remarquable (épicanthus) que nous n'avons vu signalé nulle part comme complication d'ophthalmie purulente.

est parfois si insaisissable et toujours si insidieuse, qu'on en reconnaît l'existence, sinon le passage, par ses résultats plutôt que par les symptômes qui la décèlent. Les kératites secondaires, au contraire, qui sont vasculaires pour la plupart, s'accompagnent souvent, pour ne pas dire toujours, dès le début, de tous les signes d'une vive congestion iridienne, scléroticale et rétinienne, avec grande photophobie, symptômes qui peuvent être rapidement suivis d'une ophthalmie interne très-franche, surtout si l'inflammation naissante n'a pas été jugulée par des moyens convenables.

Maintenant que nous sommes fixés sur les mots, étudions, sous le point de vue de l'emploi du nitrate d'argent, les diverses kératites et les lésions qu'elles entraînent après elles, c'est-à-dire les épanchements intra-lamellaires, les ulcérations, les pannus, etc.

1° *Kératites primitives.* — Elles ne sont précédées ni accompagnées de conjonctivite et ne réclament pas l'emploi du nitrate d'argent.

La *kératite pointillée*, par exemple, qui sera de notre part l'objet d'un mémoire spécial, et qui est dans ce cas, disparaît quelquefois sous la double influence de cet agent et d'un traitement interne approprié, ainsi que j'ai eu l'occasion de le constater plusieurs fois; mais comme elle est le plus souvent compliquée d'ophthalmie interne très-latente qui commence par la membrane de l'humeur aqueuse, et que dans ces cas les topiques sont contre-indiqués, le nitrate d'argent me semble devoir être mis hors de cause.

La *kératite primitive ou non-vasculaire* ne me semble être qu'un degré plus avancé de la précédente, et je me fonde sur ce que les caractères physiques de l'une et de l'autre, à l'intensité près, ont beaucoup d'analogie, et en outre sur ce fait que toutes deux s'accompagnent bien souvent d'adhérences entre la cristalloïde et l'iris, et sont très-rebelles. Ce que j'ai dit à propos de la kératite pointillée sur l'emploi du nitrate d'argent, est donc applicable à la kératite primitive ou non vasculaire, à laquelle MM. Mackenzie et Velpeau donnent pour principal caractère une teinte vert de mer uniformément répandue sur la cornée.

2° *Kératites secondaires.* — Pendant la durée d'une conjonctivite aiguë avec irritation des membranes internes, il peut arriver, soit que des vaisseaux en plus ou moins grand nombre apparaissent sur la cornée (kératites vasculaires), soit qu'un ou plusieurs

épanchements de lymphe plastique se forment d'emblée entre les lamelles de cette membrane. Etudions d'abord les *kératites vasculaires* que nous diviserons en *superficielles, partielles* ou *générales*, *aiguës* et *chroniques*, et en *kératites profondes*, *partielles* ou *générales*. Ensuite, nous dirons quelques mots des épanchements interlamellaires et des ulcères de la cornée.

A. *Kératites vasculaires*, *superficielles*, *partielles ou générales*, *aiguës et chroniques*. — Ces kératites, qu'elles soient aiguës ou chroniques, présentent des caractères généraux auxquels le médecin ne peut se tromper. Les vaisseaux qui les forment convergent par leurs sommets vers le centre de la cornée, et rayonnent par leur base dans la conjonctive bulbaire. Ils ne se cachent pas profondément dans les tissus auprès de l'insertion de la cornée sur la sclérotique, phénomène qui existe dans les kératites profondes, et l'observateur peut les suivre facilement dans leur trajet de la cornée sur la conjonctive scléroticale ; d'ailleurs, si on regarde l'œil obliquement, on reconnait aisément que ces vaisseaux rampent dans la conjonctive cornéenne ou tout au plus à la surface de la lamelle externe de la membrane transparente.

Maintenant, un autre caractère distingue les kératites superficielles aiguës des chroniques, c'est l'injection rayonnante de la sclérotique, l'hypérhémie irritative oculaire générale, la vive photophobie qui existent dans les premières, et l'absence de ces symptômes dans les secondes.

Les kératites vasculaires *aiguës superficielles*, partielles ou générales, même lorsqu'elles sont compliquées d'un ou plusieurs épanchements ou ulcères superficiels, disparaissent d'une manière vraiment remarquable sous l'influence du nitrate d'argent employé selon notre méthode. C'est, ainsi que nous l'avons dit plus haut, surtout dans les ophthalmies scrofuleuses dans lesquelles la photophobie persiste pendant des mois, des années entières, en faisant de temps à autre de courtes rémissions, que l'on retire les plus grands avantages de ce moyen. La photophobie la plus rebelle cède toujours dans l'espace de 24 à 48 heures, temps après lequel les vaisseaux diminuent d'ordinaire et dans leur nombre et dans leur diamètre. Les malades commencent alors à mieux supporter la lumière, et l'ophthalmie arrêtée à sa marche, ne tarde pas à faire place dans un état de choses plus satisfaisant, et bientôt après, au moyen d'un traitement général convenable, à une guérison complète. Dans quelques cas exceptionnels, après 24

heures d'instillations de nitrate d'argent faites comme nous l'avons indiqué, la photophobie persiste encore à un assez haut degré; mais si l'on a bien fait attention à l'état anatomique de l'organe au moment de la prescription du collyre, il sera facile de voir que la cornée, si elle n'est pas déjà dans un état meilleur, est au moins très-loin de présenter une injection aussi vive que la veille. C'est alors le cas de continuer les instillations en augmentant la force du topique en raison directe de l'intensité de l'inflammation même, mais jusqu'aux limites que nous avons posées.

Les kératites vasculaires *chroniques superficielles*, partielles ou générales cèdent aussi, mais beaucoup moins rapidement, aux mêmes moyens. Après 24 heures d'instillations répétées de demi-heure en demi-heure, la réaction n'est plus à craindre, on peut les continuer alors, mais un peu plus fortes, d'heure en heure pendant le jour seulement. Elles seront aidées de quelques purgatifs et de vésicatoires volants derrière les oreilles et à la nuque. J'emploie rarement, au reste, le nitrate d'argent dans ces cas.

B. *Kératites vasculaires profondes, partielles ou générales.* — Elles sont rarement compliquées de photophobie, et sont presque toujours consécutives à une ophthalmie passée à l'état chronique. Les vaisseaux qui les forment, dilatés, tortueux, d'ordinaire de couleur rouge brun ou violacée, rampent dans les lamelles profondes de la cornée, convergent par leurs sommets vers le centre de cette membrane, et forment souvent à cet endroit des épanchements de lymphe plastique plus ou moins larges et opaques. Si l'on se place de côté, il est facile de voir que ces vaisseaux occupent un plan postérieur par rapport aux lames antérieures de la cornée qui ont conservé leur transparence. On reconnaît encore qu'il en est ainsi, à ce que leur base vers la circonférence de la cornée disparaît, pour se montrer plus loin dans le tissu cellulaire sous-conjonctival même, ou dans la sclérotique, tandis que les vaisseaux des kératites superficielles se continuent sans interruption de la conjonctive sur la cornée. Que peut faire dans ces cas un collyre? Agira-t-il sur les vaisseaux dilatés? Le crayon de nitrate d'argent lui-même porté directement sur l'œil, les atteindra-t-il à travers les tissus sains interposés? L'excision partielle plus ou moins étendue de la muqueuse, réussira-t-elle mieux si les vaisseaux sont situés plus loin que le tissu cellulaire sous-conjonctival? Il est évident que dans de pareils cas, c'est à une mé-

dication antiphlogistique sage, appropriée à la constitution du sujet, aux saignées, aux applications de sangsues, aux purgatifs, et plus tard aux révulsifs cutanés plus ou moins énergiques qu'on devra avoir recours, et que tous les autres moyens dont nous venons de parler, le nitrate d'argent comme les autres, sont contre-indiqués d'une manière absolue.

C. Kératites vasculaires panniformes. Pannus. — Les vaisseaux qui forment, par leur réunion, les kératites vasculaires superficielles, peuvent être plus ou moins nombreux, c'est-à-dire qu'ils laissent sur la cornée des interstices triangulaires transparents variant d'étendue. Lorsque ces espaces transparents sont très-étroits, on nomme l'affection *kératite vasculaire panniforme*, et *pannus* lorsque la partie vascularisée de la cornée est entièrement opaque. Dans le principe, et lorsqu'elle est à l'état le plus simple, la maladie siége dans la conjonctive cornéenne, qui ne paraît nullement élevée au-dessus de la surface de la membrane transparente. Mais lorsqu'elle prend un certain caractère de gravité, ce qui arrive souvent quand on n'a pas pu s'en rendre maître de bonne heure, la conjonctive cornéenne se vascularise davantage, se gonfle, et prend bientôt l'aspect d'une sorte de végétation rougeâtre ou grisâtre sale, qui tend à s'élever de plus en plus au-dessus du niveau du reste ne la cornée. Reste alors une question à décider : il faut reconnaître si la conjonctive cornéenne seule est malade, ou si les lames profondes de la cornée sont vascularisées; car de ce diagnostic dépend le succès des topiques si on les emploie. En effet, les applications directes de nitrate d'argent sur le pannus, s'il est superficiel et borné à la cornée, sans que la conjonctive bulbaire soit malade, pourront être d'un grand secours, mais ne détruiront pas la maladie si elle est très-profonde. Si les vaisseaux qui troublent la cornée viennent de la conjonctive scléroticale, la cautérisation simple, ou la cautérisation annulaire, l'excision, seront indiquées, surtout si on les aide de moyens généraux convenables. Mais si, dans ce cas comme dans l'autre, la maladie est invétérée et profonde, que pourra faire le collyre de nitrate d'argent, quelle que soit la dose à laquelle on l'emploie, lorsque la cautérisation, l'excision, isolées ou combinées, échoueront elles-mêmes? Et pourtant, que de pannus sont traités de cette manière! Peut-on dire raisonnablement alors, que le collyre de nitrate d'argent est un agent des plus infidèles?

Il est une autre *kératite vasculaire panniforme* qui occupe toujours la partie supérieure de la cornée, et dans laquelle l'injection prend une forme quelquefois semi-lunaire, et le plus souvent triangulaire. C'est cette maladie dont M. Sichel a, selon moi, parfaitement bien expliqué la formation par le frottement répété sur la cornée de granulations siégeant sous la paupière supérieure. Cet auteur ne dit pas, comme tend à le faire supposer un passage de l'ouvrage de M. Jeanselme (*Manuel pratique des maladies des yeux, d'après les leçons cliniques de* M. Velpeau, 1840, p. 162), que toute espèce de pannus reconnaît toujours et absolument pour cause les granulations de la paupière supérieure, mais que le pannus dont il est question ici se dessine par « une injection qui se limite quelquefois dans la partie supérieure de la cornée, revêt un aspect particulier qui fait reconnaître au premier coup-d'œil la spécialité de l'affection ;... qu'il n'y a qu'à renverser chez ces malades la paupière supérieure pour trouver la conjonctive couverte de granulations qui prennent toutes lès formes, etc. » (Sichel, *Traité de l'ophthalmie, la cataracte et l'amaurose*, p. 230.)

Or, qu'y a-t-il à faire ici, sinon de détruire d'abord les granulations par des moyens appropriés? De quel secours peut encore être dans ce cas le nitrate d'argent en collyre?

ÉPANCHEMENTS INTERLAMELLAIRES ; ABCÈS DE LA CORNÉE.

Nous avons dit plus haut que les *kératites secondaires* sont le plus souvent vasculaires et compliquées d'épanchement, mais que très-fréquemment ceux-ci apparaissent d'emblée après une vive congestion iridienne et scléroticale consécutive à une conjonctivite aiguë qu'on n'a pas enrayée dans sa marche. Considérés en général, ces épanchements, formés par un dépôt de lymphe plastique ou de pus dans les mailles du tissu cellulaire intra-lamellaire de la cornée, sont divisés en superficiels et en profonds, selon qu'ils sont éloignés ou non de la lamelle externe de la cornée. On leur donne le nom d'*épanchements* quand la matière qui les compose est peu abondante, tandis qu'on leur réserve celui d'*abcès* dans le cas contraire. Ils sont toujours accompagnés d'une photophobie d'autant plus vive qu'on se rapproche davantage du moment de leur formation. Tantôt isolés, tantôt multiples, on les voit apparaître sur un ou plusieurs points de la cor-

née sous forme d'une petite tache blanc-jaunâtre sale plus opaque à son centre qu'à ses bords, Cette tache reste limitée quelquefois et n'acquiert alors que 2 ou 3 millimètres de diamètre ; mais dans des circonstances plus fâcheuses, elle s'étend avec une effrayante rapidité et envahit toute la cornée ou au moins la plus grande partie de cette membrane. La cause de la production de la matière épanchée venant à cesser, on conçoit que les épanchements pourront se résorber et disparaître même sans laisser de traces ; mais que d'un autre côté cette cause agissant d'une manière continue, soit parce qu'on ne l'aura pas combattue par des moyens convenables, soit parce que les choses auront marché si rapidement, qu'on n'aura pas pu y porter remède, il pourra arriver que la matière épanchée soulève peu à peu les lamelles de la cornée au-delà de leur extensibilité, et que ces lamelles ramollies par la triple cause de l'inflammation, de la compression et du séjour du pus, finissent par se rompre dans une plus ou moins grande étendue. Alors, de deux choses l'une : ou l'épanchement est superficiel, et dans ce cas il se fraiera une route à travers la lamelle externe de la cornée; ou il est profond, et il y aura rupture de la lamelle postérieure, et même de la membrane de l'humeur aqueuse. Dans le premier cas on aura un ulcère, dans le second un hypopyon; le premier devra être traité comme un ulcère superficiel, le deuxième comme une ophthalmie interne dont il s'accompagne si fréquemment. Il est donc de la plus grande importance, lorsqu'on croit devoir employer le nitrate d'argent selon notre méthode de reconnaître la profondeur à laquelle est située l'opacité. Toujours, lorsque l'épanchement est superficiel, de formation récente, et accompagnée d'une photophobie des plus grandes, nous enrayons dans l'espace de 24 à 36 heures tous ces fâcheux symptômes dans leur marche ascendante par l'emploi du nitrate, mais nous nous gardons de le prescrire lorsque la période sur-aiguë est passée et quand la collection de lymphe plastique est considérable et pousse en arrière les lamelles de la cornée, de manière à faire supposer une rupture imminente. C'est dans ce cas que la saignée, les mercuriaux, tous les moyens qui pourront hâter la résorption, devront être énergiquement employés de préférence à l'ouverture de la cornée avec l'instrument tranchant, méthode que nous avons presque toujours vue suivie des résultats les plus fâcheux. Que les épanchements interlamellaires superficiels soient isolés ou non, nous n'a-

vons jamais hésité à employer le collyre, et les succès dans ce cas sont aujourd'hui devenus si certains, que les nombreux médecins qui nous entourent, tant à la clinique de M. Sichel qu'à la nôtre, ne prennent même plus la peine de les enregistrer pour suivre les malades.

4° ULCÈRES DE LA CORNÉE.

Les ulcères présentent des caractères très-différents sous le point de vue étiologique, en ce sens du moins qu'ils succèdent à une phlyctène, à une pustule ou à un ramollissement plus ou moins large des lames de la cornée. Les uns, particulièrement ceux qui atteignent les sujets scrofuleux, prennent la forme d'une cupule transparente, et souvent celle d'un infundibulum à base antérieure en forme d'escalier circulaire dont les marches seraient représentées par les lamelles corrodées; les autres, au contraire, inégaux, plus larges, plus rapprochés que les premiers du bord de la sclérotique, sont le plus souvent recouverts de matière jaunâtre, puriforme, et se montrent de préférence dans la première période des ophthalmies catarrhales et purulentes. Les premiers, de même que les épanchements auxquels ils succèdent, sont le plus souvent accompagnés d'un paquet vasculaire en forme de triangle, venant de la conjonctive scléroticale; les seconds, au contraire, n'en présentent que rarement. Quoi qu'il en soit, tous ces ulcères, s'ils sont peu profonds, et accompagnés d'une photophobie telle que les malades puissent à peine supporter l'examen de l'organe, seront enrayés sur-le-champ si on les traite par le nitrate d'argent en collyre d'après la méthode indiquée. La cautérisation directe recommandée par Sanson, M. Velpeau, et avant eux par Scarpa, a bien aussi ses avantages, et je suis loin de les contester : elle met à l'abri de l'action de l'air, ou du frottement de la paupière supérieure la surface de l'ulcère; le malade, après une heure ou deux, plus ou moins, ouvre les yeux; mais une rechute survient bientôt quand l'escarre tombe; et il faut revenir à l'attouchement jusqu'à ce que des granulations se soient élevées jusqu'au niveau de la surface de la membrane. C'est un moyen que j'emploie souvent, non pas dans les ulcères suraigus, au moment même pour ainsi dire de leur formation, mais dans ces ulcères à marche lente, à fond transparent, qui, après avoir sommeillé, se réveillent de temps à autre. La méthode que nous mettons en pratique a sur la cautérisation l'avantage de

combattre non-seulement l'ulcère, mais encore de resserrer les vaisseaux qui s'y rendent, c'est-à-dire de s'adresser directement à la cause, secondaire bien entendu, dans bien des cas, de l'ulcération elle-même. M. Velpeau recommande, lorsque les vaisseaux sont profondément situés, de toucher largement l'ulcération avec précaution, dans la crainte de perforer la cornée, et considère ce moyen comme le seul remède efficace, l'excision n'étant plus possible. (Jeanselme, *loc. cit.*, p. 244.) Bien des fois nous avons suivi ce conseil, et souvent nous avons échoué, probablement parce que l'ulcération n'est ici qu'un épiphénomène et qu'avant tout il faut arrêter l'ophthalmie dans sa marche. Dans de telles circonstances, la cautérisation et l'emploi du collyre de nitrate d'argent combinés nous ont rendu les services les plus signalés, surtout lorsqu'ayant affaire à des malades énergiques, nous avons pu toucher lentement et sûrement l'ulcère dans toute sa surface, petite opération assez souvent impraticable à cause de la photophobie et par la rotation du globe en haut sous la paupière supérieure. Il ne résulte pas de ce que nous venons de dire que notre méthode puisse s'appliquer à toute espèce d'ulcère de la cornée : loin de là, les ulcères en infundibulum ou autres ulcères étroits, s'ils sont placés dans le champ de la pupille et menacent de perforer la dernière lamelle, doivent, selon nous, être touchés très-légèrement à leur base avec le crayon de nitrate, mais nullement à leur sommet ; les conséquences en sont trop faciles à déduire pour que nous nous y arrêtions. En même temps, on doit avant tout ordonner au malade de se coucher sur le dos dans l'immobilité la plus complète, appliquer sur l'œil des compresses trempées dans une solution d'extrait de belladone concentrée et glacée, en même temps qu'on en laissera tomber de minute en minute entre les paupières jusqu'à dilatation complète de la pupille, pour éviter la procidence de l'iris. Ce moyen peut réussir même lorsque la hernie iridienne est presque complète et récemment formée, et dans un cas analogue nous en avons obtenu le résultat le plus heureux. (Voyez *Gazette médicale de Paris*, n° 10, 5 mars 1842. t. X, pag. 159 et 160.)

Dans le cas d'ulcération en coup d'ongle, c'est encore à la cautérisation directe qu'on doit recourir en la combinant aux antiphlogistiques mesurés sur la constitution du malade et sur l'acuité de l'affection.

—

CORRESPONDANCE.

NOTE SUR LES AFFECTIONS OCULAIRES OBSERVÉES A L'HOPITAL MILITAIRE DE NAMUR PENDANT LE PREMIER SÉMESTRE 1842;

Par le médecin principal FALLOT.

Quoique très-peu nombreux pendant le sémestre écoulé, le service des ophthalmiques a été plein d'intérêt et d'enseignement. Il s'est presque exclusivement composé d'anciennes cornéïtes, les unes provenant de l'épidémie de l'année dernière, les autres existant chez de vieux soldats rappelés sous les drapeaux. Nous nous sommes de nouveau assurés du peu de confiance que méritent une foule de substances que quelques auteurs, après en avoir fait une ou deux fois usage avec succès, ont proclamé comme des spécifiques infaillibles, et de la nécessité de varier les médications (en s'abstenant seulement avec soin de celles qui pourraient être nuisibles) jusqu'à ce qu'on en ait rencontré une qui satisfasse aux exigences.

De rechef nous avons éprouvé ce qui nous était déjà arrivé il y a plusieurs années, et ce que nous n'avons pas négligé alors de signaler dans nos rapports, que le même médicament qui nous avait complétement fait faute dans un temps, s'est montré dans un autre temps très-efficace chez le même malade, les conditions physiques paraissant être exactement les mêmes. La résistance que nous avons rencontrée était grande; mais notre persévérance a été plus grande encore, et aujourd'hui (1er juillet) tous nos kératiques sont sortis de l'hôpital, sans qu'un seul soit tombé à la charge du trésor; il y a plus, deux seulement ont été forcés de quitter le service.

Le nitrate d'argent en crayon a conservé tout son crédit parmi nous dans le traitement des pannus vasculaires, non-seulement par la propriété qu'il possède de les attaquer indirectement en opérant la destruction des granulations palpébrales, dont le frottement peut les provoquer et les entretenir, mais par son action directe sur la muqueuse et les vaisseaux dont l'extension et les dilatations les constituent.

Nous devons recommander de nouveau d'user largement et ité-

rativement du caustique lunaire dans les blennophthalmies aiguës, de ne pas craindre de répéter au besoin la cautérisation à chaque visite, et de ne pas surtout négliger d'y revenir chaque fois qu'après s'être laissé conjurer pendant quelques heures ou quelques jours, on voit l'inflammation se réveiller. Il est impossible de croire, à moins d'en avoir été témoin, avec quelle rapidité les symptômes les plus alarmants et les douleurs atroces se calment par un attouchement, énergique à la fois et prudent, de toutes les parties tuméfiées, ecchymosées, pyogéniques.

Comme ce point de pratique n'est pas encore suffisamment répandu et que je le crois d'une incomparable importance, qu'au contraire du conseil que je donne, des hommes de savoir et d'expérience font imprimer qu'il ne faut jamais, dans ces cas, revenir plus d'une fois à la cautérisation, j'ai été bien aise de trouver mon opinion corroborée par l'autorité de M. Ricord dans ses *Considérations pratiques sur l'ophthalmie blennorrhagique*. Voici ce qu'il dit : « Après une première application de nitrate « d'argent, si je n'en ai obtenu ni augmentation ni diminution « de la douleur (il est bien entendu qu'il n'est pas question de « celle qu'a produite momentanément le caustique); si la sécré- « tion morbifique n'est devenue moindre, si surtout elle n'a pas « changé d'aspect, de consistance, si elle n'est pas plus ténue, « roussâtre, sanguinolente, une seconde application doit être « faite. Pour juger de ces conditions, *quand la maladie marche « avec beaucoup d'acuité, il ne faut pas attendre plus de quatre, « cinq, ou six heures*. C'est dans la même journée qu'on doit avoir « un résultat et savoir si on doit s'arrêter ou s'il est urgent d'ap- « pliquer de nouveau l'azotate d'argent (1). » — Je sais qu'un chef de clinique de M. le professeur Sichel veut exclure presque entièrement le nitrate d'argent solide du traitement des maladies oculaires, puisqu'il propose d'en réserver exclusivement l'emploi à celui des granulations palpébrales épaisses. J'ai lu ce qu'il a écrit sur ce sujet (2), et les faits dont il a étayé ses raisonnements; j'ai vu le témoignage de M. Cunier invoqué à l'appui de son assertion. Je ne nie pas sans doute la vérité des faits allégués, je suis loin de contester qu'un usage intempestif, irréfléchi, maladroit, du nitrate doit déterminer de graves inconvénients. C'est des meilleures

(1) *Bulletin thérapeutique*, janvier 1842, p. 31.
(2) *Annales d'Oculistique*, vol. VII, p. 45-52, mai 1842.

choses que l'abus est le plus pernicieux (1). Mais je défie qu'on me montre un seul exemple où l'application hardie, énergique, mais opportune et habile du sel lunaire ait produit un seul des accidents, une seule des infirmités dont M. Desmarres déroule le long et lugubre tableau.

COTON CARDÉ DANS LES OPHTHALMIES;

Par MATTHIAS MAYOR, D. M. à Lausanne (Suisse) (*).

Monsieur le Rédacteur,

Dans le mémoire sur l'ophthalmie gonorrhoïque que M. Gouzée a fait insérer dans votre journal (2), on lit que le médecin d'Anvers, après avoir appliqué le nitrate d'argent sur la conjonctive affectée, est obligé à une manœuvre particulière pour empêcher que le contact de la paupière supérieure n'altère la cornée, c'est-à-dire « qu'il saisit les cils « de cette dernière, et qu'il se sert de ce moyen pour écarter le voile « palpébral du globe de l'œil et pour l'entraîner sur la paupière infé- « rieure. » La surface externe de celle-ci se trouve donc recouverte par la surface interne de la paupière supérieure, et tend de cette manière à protéger le miroir de l'œil. Quant à la paupière inférieure, M. Gouzée, « après l'avoir cautérisée, en absterge le caustique, en passant « plusieurs fois par dessus un pinceau huilé. » L'huile et l'eau commune sont, en effet, généralement employées après ce genre de cautérisation. Elles ont cependant le désavantage de délayer et d'enlever une partie du caustique, par conséquent de l'affaiblir et de l'entraîner sur les tissus voisins qui ne sont pas affectés du mal. J'évite cet inconvénient, ainsi que la manœuvre ci-dessus, par un moyen aussi simple que facile et commode, le *côton*, et voici comment : dès que j'ai passé et repassé le nitrate d'argent, le sulfate de cuivre ou tel autre agent analogue sur la conjonctive de la paupière supérieure, je fais placer immédiatement sur les endroits cautérisés un mince tampon de beau

(1) C'est précisément contre cet abus que je me suis élevé.

FLORENT CUNIER.

(*) La lettre qu'on va lire a déjà paru dans le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, journal dans lequel M. Gouzée a publié, en même temps que dans nos *Annales*, l'article cité par M. Mayor. Nous avons cru de notre devoir d'accueillir la réclamation du célèbre chirurgien de Lausanne. *Le Réd.*

(2) Janvier 1841, p. 152.

coton cardé, que je pousse et maintiens avec le bout d'un stylet ou avec la tête d'une épingle pendant que j'abaisse cette paupière.

Cette mèche de coton, lorsqu'elle est établie directement sur les endroits cautérisés, s'y attache assez bien et protège, par conséquent, la cornée. Cette opération instantanée ne consiste, au surplus, que dans le placement purement mécanique d'un corps étranger entre les tissus sains et l'agent thérapeutique qu'on vient d'appliquer ; et si j'ai recours, dans ce but, au coton cardé, c'est qu'il est la substance la plus convenable pour *protéger* les surfaces menacées ; car vous n'êtes pas de ceux qui persistent à s'imaginer que le coton possède des qualités occultes, délétères et vénimeuses. Si cependant vous aviez encore quelque doute à ce sujet, je vous engage à l'introduire, par forme d'essai, sous l'une ou l'autre paupière. Bien plus, il y a telle conjonctivite qui cédera plus promptement si, après qu'on l'a barbouillée de calomel en poudre ou d'un collyre approprié, au moyen d'un pinceau, on fait immédiatement suivre cette application par celle d'un peu de coton. Celui-ci agirait-il alors comme tel autre corps étranger qu'on place avantageusement entre deux muqueuses enflammées?

Je m'abstiendrai de toute explication à cet égard, et je me contenterai de celle que je viens de donner sur l'action entièrement mécanique et protectrice du coton après l'application d'un caustique quelconque (1).

Du reste, vous ne pensez pas, Monsieur, que je mette une grande mportance à cette petite notice, ni que j'aie la prétention de faire une révolution dans la thérapeutique des ophthalmies. On croira plutôt que je ne me suis attaqué au mémoire du médecin belge que pour avoir un prétexte de parler coton et une nouvelle occasion d'apprivoiser de plus en plus mes confrères avec cette précieuse substance. C'est qu'en effet, s'ils parviennent à vaincre leur répugnance pour ce corps jusqu'au point de l'employer sur l'œil, ils ne tarderont probablement pas à lui accorder aussi leur confiance, lorsqu'il sera question d'organes moins sensibles et de tissus moins délicats.

(1) J'ai beaucoup insisté en 1837 et 1838 (voir Bulletin de la Société de méd. de Gand, décembre 1837, et mes Lettres au docteur Marinus sur la thérap. des granulations, Bull. méd. belge) sur l'emploi du coton cardé après la cautérisation. Je n'y ai plus recours aujourd'hui qu'après les cautérisations profondes. C'est alors un bien précieux moyen. FLORENT CUNIER.

JOURNAUX FRANÇAIS ET AMÉRICAINS.

Bulletins de l'Institut.

FONCTIONS DU CRISTALLIN DANS LA VISION.

Dans sa séance du 30 mai, l'Académie des Sciences a reçu de M. Haldat un mémoire contenant des recherches expérimentales sur la vision. Voici les deux conclusions par lesquelles l'auteur le termine. 1° La forme de la cornée transparente est invariable; elle ne peut donc pas influer sur la propriété dont jouit l'œil de s'approprier à la direction des rayons divers, pour rendre la vision distincte. 2° Le cristallin, à raison de sa structure particulière, est doué de la faculté de *réunir au même foyer les rayons de directions diverses*; il doit, par conséquent, être considéré comme l'instrument principal de la vision.

Gazette médicale de Paris.

NOTE SUR L'OPÉRATION DE LA CATARACTE PAR LA MÉTHODE SOUS-CONJONCTIVALE; par M. Jules Guérin.

M. le docteur Jules Guérin a fait suivre l'observation de M. Bernard, consignée dans notre dernière livraison (p. 208), de la note suivante :

« Ce premier essai de M. Bernard nous paraît des plus heureux, et nous avons l'espoir fondé que l'expérience ultérieure confirmera ses prévisions. Ainsi qu'il l'annonce, il compte perfectionner son procédé, qui déjà est suffisamment conforme au principe de la méthode. En attendant qu'il ait réalisé le perfectionnement qu'il a en vue, nous croyons devoir faire connaître le procédé que nous avions imaginé, de notre côté, et que nous comptions mettre en usage à la première occasion.

« Ayant eu à injecter des yeux sur le cadavre, avec de l'air, pour faciliter nos essais avec la méthode sous-conjonctivale, nous avons cherché le moyen d'empêcher la sortie du fluide pendant nos manœuvres opératoires. Nous y sommes parvenu en faisant à la sclérotique une ponction oblique entre le fascia sous-conjonctival et dans l'épaisseur même des lames de la sclérotique, de manière à ce que l'ouverture extérieure fût distante de l'intérieure de quelques millimètres. Après la sortie de la canule, les deux bords de la plaie, appliqués l'un contre l'autre, ferment tout passage aux fluides renfermés dans l'œil.

« Cette expérience, répétée un grand nombre de fois, nous suggéra l'idée d'un procédé pour l'abaissement de la cataracte par la méthode sous-conjonctivale.

« Voici ce procédé : après avoir fixé solidement l'œil au moyen des airignes, on fait, à 4 ou 5 millimètres en arrière du point d'élection pour le procédé ordinaire par abaissement, une ponction avec l'aiguille à cataracte. La pointe de l'instrument ayant été engagée entre le fascia et la sclérotique, on lui fait parcourir d'arrière en avant un trajet de 3 à 4 millim., après quoi on traverse obliquement toute l'épaisseur de la cornée opaque. Lorsque l'instrument commence à pénétrer dans l'intérieur de l'œil, on lui fait décrire un mouvement de bascule en avant, qui ramène sa lame parallèlement au plan du cristallin. Le fascia, en raison de sa laxité cédant facilement, glisse et se plisse en avant de l'instrument. On achève l'opération comme par les procédés ordinaires par l'abaissement. On retire l'instrument en lui faisant reprendre sa direction primitive.

« L'opération terminée, la plaie du fascia se reporte en arrière de celle de la sclérotique de toute la distance qu'il y a entre les deux ouvertures, et les lèvres obliques de celle de la sclérotique, s'appliquant l'une contre l'autre, empêchent tout épanchement de l'humeur aqueuse dans le tissu cellulaire sous-conjonctival et toute pénétration de l'air dans l'œil. On pourrait encore se borner à faire une simple ponction oblique d'avant en arrière, entre les lames de la sclérotique, sans avoir égard au fascia. Nous avons pu, à l'aide de cette précaution, empêcher la sortie de l'air de l'œil.

« Ce procédé, simple et facile, réunit toutes les conditions de la méthode sous-cutanée : nous espérons qu'il en produira les avantages. »

New York Lancet.

(2 juillet.)

MODIFICATION DANS L'OPÉRATION DE LA CATARACTE PAR DÉPRESSION; par John Morgan.

Dans le cours de ses excellentes leçons, qui sont maintenant publiées, M. Morgan fait les remarques suivantes au sujet de l'opération de la cataracte :

« Plusieurs fois j'ai apporté, dans l'opération par dépression, une modification que je crois nouvelle ; elle n'est applicable qu'aux cas de cataracte dure compliquée d'une affection de l'humeur vitrée. Le premier cas dans lequel j'ai eu recours à cette modification, fut celui d'une dame à qui M. King donnait ses soins. Cette dame était affectée non-seulement de cataracte, mais encore d'une synchyse du corps vitré ; le ramollissement était tel que cette humeur avait perdu toute sa consistance et était entièrement fluide. On ne pouvait donc songer ici à faire l'extraction, car une section de la cornée aurait peut-être déterminé la sortie des humeurs de l'œil. Je tentai l'opération par dépression, mais je trouvai que par suite de l'altération notable qu'avait subie l'humeur vitrée, la lentille, après beaucoup de tentatives pour la maintenir abaissée, remontait aussitôt et reprenait sa première place. J'essayai alors l'opération par broiement, mais, comme la cataracte était dure et indissoluble, suivant toutes les apparences, je ne pus tirer aucun avantage de ce mode de procéder. Ainsi donc, Messieurs, puisque les moyens curatifs ordinaires avaient échoué ou étaient impraticables, et puisque je ne pouvais faire pire que le mal, je résolus de recourir à une nouvelle méthode opératoire. Je pensai qu'en ouvrant la sclérotique de manière à amener l'écoulement d'une quantité suffisante du corps vitré, il serait possible d'opérer la dépression de la cataracte, de manière à éviter la réascension de la lentille, celle-ci occupant le vide produit.

« Voici de quelle manière je procédai :

« La malade étant tenue comme dans l'opération par dépression, je passai une aiguille assez grosse et à double tranchant à travers la sclérotique, à une distance d'environ trois lignes de sa jonction avec la cornée, un peu au-dessous de son diamètre transverse, et, aussitôt que la pointe eut pénétré à une profondeur d'un huitième de pouce environ dans le globe, je tirai ses

côtés tranchants verticalement de haut en bas, faisant, dans le parcours, une incision parallèle à la ligne de l'union scléro-cornéale dans une étendue d'un quart de pouce environ. Il s'échappa alors une petite portion de l'humeur vitrée, mais point assez pour remplir mon but; j'exerçai en conséquence une légère pression sur le globe jusqu'à ce qu'il s'en fût écoulé assez pour amener la lentille au-dessous de la pupille; j'estime qu'il s'échappa environ un quart du corps vitré. Après l'opération un morceau de linge imbibé d'eau froide fut maintenu sur les paupières, la tête et les épaules tenues élevées, et la malade fut placée dans un appartement peu éclairé; le jour suivant, le globe avait presque recouvré son volume et sa forme, la plaie ne présentait point d'inflammation; aucune gêne, aucune douleur autres que celles qui suivent ordinairement une opération par dépression n'avaient été ressenties; l'ouverture pupillaire était parfaitement nette. Il ne survint postérieurement aucun accident inflammatoire; la plaie de la sclérotique guérit facilement; la lentille resta déprimée; le globe reprit son apparence naturelle, et la vue fut tellement bien rétablie que la malade put lire des caractères de moyenne grandeur en s'aidant de lunettes. J'ai pratiqué deux fois, depuis lors, cette même opération, l'une avec succès, l'autre sans résultat satisfaisant. Dans ces deux cas, j'ai fait usage du couteau à cataracte de Beer, qui convient mieux pour cet objet que l'aiguille. »

Sc.

SECTION SOUS-CUTANÉE DE L'ORBICULAIRE PALPÉBRAL DANS L'ENTROPION.

Un médecin américain, le docteur G. C. Blackman, annonce dans le n° du 25 juin de la *New-York Lancet*, qu'il a mis en usage la section sous-cutanée de l'orbiculaire dans l'entropion. M. Neumann, dont il a été question dans la livraison de juillet, p. 200, ne connaissait pas, nous en sommes certains, ce que M. Cunier avait fait et écrit près de deux années auparavant. Il en est autrement de M. Blackman; le fait qu'il rapporte n'est qu'une traduction pour ainsi dire littérale de l'opération dont M. Pétrequin a communiqué les détails à l'Institut de France en septembre 1841 (voir *Gaz. méd. de Paris*, 10 sept. 1841, p. 587), et dans laquelle ce confrère déclare positivement avoir suivi l'exemple de M. Cunier.

Sc.

BIBLIOGRAPHIE.

DIE BEHANDLUNG DES SCHIELENS DURCH DEN MUSKELSCHNITT. — Du traitement du strabisme par la myotomie; par le docteur F. A. d'Ammon, médecin de S. M. le roi de Saxe, chevalier de plusieurs ordres, etc. Leipzig, 1840. 8°, avec 1 pl. lithog.

(Analyse par le docteur Fleussu) (1).

Le nom, la haute position qu'occupe dans le monde savant l'auteur de cet opuscule, m'imposent l'obligation d'en donner une analyse complète.

M. d'Ammon passe légèrement sur l'historique de la strabotomie, et se hâte d'aborder la question scientifique. Il établit une différence entre la ténotomie et la myotomie oculaires; mais le procédé auquel il donne la préférence est celui de M. Dieffenbach, que M. Cunier a fait connaître dans le 3e volume de ses *Annales d'Oculistique* (p. 126), et qui n'est en définitive qu'une modification du procédé de Stromeyer, dont on trouve la description, même journal, vol. II, p. 52. M. d'Ammon traite ensuite de la *Casuistique générale de la myotomie oculaire.* Parmi les accidents malheureux qui peuvent troubler le cours de l'opération, il range la contraction spasmodique de l'orbiculaire palpébral. Il faut alors, dit-il, laisser un moment de repos aux parties. Si les instruments font rougir fortement la conjonctive, il faut précipiter l'opération. — L'auteur signale une circonstance que je n'ai jamais observée dans plus de 800 opérations où j'ai servi d'aide à M. Cunier, et dans celles que j'ai moi-même pratiquées; il arrive quelquefois, dit-il, qu'après avoir écarté les paupières, la graisse orbitaire, en poussant la conjonctive au-devant d'elle, vient former un bourrelet autour du globe. — Il n'est point partisan d'une large incision de la conjonctive; si elle est pratiquée trop loin de la cornée, il est difficile de tomber sur le muscle, et l'on risque d'avoir une procidence du tissu cellulaire, une hémorrhagie, etc. Il faut, dans ces cas, se hâter d'enlever, avec les ciseaux, tous les tissus herniés; mais le plus souvent il faudra abandonner l'opération, pour y revenir au moyen d'une nouvelle incision.—Voilà une méprise que je n'ai jamais observée.

L'auteur a remarqué que dans le strabisme convergent, la conjonctive de l'angle interne de l'œil, outre qu'elle est d'une sécheresse et d'une pâleur extrêmes, est encore plus épaisse et plus compacte que dans l'état normal. J'ai vérifié cette remarque, mais sur l'adulte seulement; elle indique pour moi la nécessité du débridement. M. d'Ammon a observé plusieurs fois des brides dans la conjonctive, entre la sclérotique et la caroncule lacrymale. Jamais rien de semblable ne s'est présenté à mon observation, si ce n'est dans les cas de strabisme traumatique. L'auteur a quelquefois trouvé, dans le strabisme divergent et convergent, l'insertion scléroticale du muscle un peu plus en arrière; dans d'autres cas il a rencontré, comme M. Cunier, les muscles hypertrophiés, et quelquefois convertis en tissu fibreux au point de crier sous le scalpel. Mais le plus souvent ils ne présentent aucune anoma-

(1) Rapport lu au Cercle médico-chirurgical de Bruxelles, le 25 novembre 1841.

lie. — L'auteur ne dit mot des muscles à insertion antérieure prétendument *double*, dont parle M. Phillips; j'ai vu plusieurs fois M. Cunier prouver qu'on *double* l'insertion à volonté, en passant le crochet à travers la portion tendineuse. Il a renouvelé cette démonstration, dans une opération où je lui servais d'aide, devant MM. les membres de la Société de médecine d'Anvers.

Quelle est l'influence de l'opération sur la position, le mouvement et les fonctions de l'œil? Dans quelques cas, l'œil paraît un peu poussé en avant; les paupières semblent plus bombées et plus écartées. Cette saillie de l'œil s'observe surtout après la division du droit interne. J'ai fait connaître (*Ann. d'Ocul.*, t. V, p. 222), et dans une note communiquée à la Société des sciences médicales et naturelles de Malines, qui en a ordonné l'impression dans ses Annales, année 1841, p. 86 (*Arch. de la méd. belge*, oct. 1841, p. 176) le moyen mis en usage par M. Cunier, pour obvier à cet inconvénient; la suture conjonctivale retient la caroncule en place, et empêche, ainsi que je l'ai dit, cette saillie parfois si désagréable du globe. M. d'Ammon ne parle pas des moyens de la prévenir; il ne dit également rien des moyens de la combattre. M. Cunier, comme on sait, a fait connaître à l'Académie royale de médecine de Belgique, qu'il fait cesser cette espèce d'exophthalmie, en enlevant un lambeau conjonctival, et en réunissant, au moyen de la suture, les bords de la perte de substance; c'est là un moyen qui l'emporte, ainsi qu'il l'a justement fait remarquer, sur l'opération à laquelle ont eu recours MM. Guérin et Baudens.

Quant à la position de l'œil, elle varie suivant les cas; tantôt la pupille se place au centre de l'orbite; tantôt il y a strabisme en sens opposé; d'autres fois la déviation persiste. Je pourrais entrer, sur ces trois points, dans de longues considérations, mais je dois ici me restreindre aux bornes d'une simple analyse. Je dirai seulement que M. d'Ammon combat ce strabisme consécutif par la division musculaire, moyen qu'a abandonné M. Cunier pour l'opération par laquelle il fait cesser la saillie du globe.

L'auteur n'a jamais vu les mouvements de l'œil gênés après l'opération; je n'ai également jamais observé de gêne, qu'une seule fois, sur un malade opéré par M. Phillips; l'œil paraît, en général, se mouvoir plus librement qu'auparavant, et il peut, dans la majorité des cas, être porté dans la direction de la déviation que l'on a fait cesser; on doit considérer comme des exceptions les cas dans lesquels ce dernier mouvement est anéanti.

L'auteur a vu la pupille se contracter après l'opération; il a en outre observé : 1° de la diplopie; 2° que quelques malades y voyaient mieux qu'auparavant de l'œil opéré, phénomène plus rare que ne l'ont prétendu MM. Dieffenbach et Ruete; 3° que l'œil était faible après l'opération, mais se fortifiait avec le temps. Lorsque les deux yeux ont été opérés à la fois, l'auteur a remarqué : 1° très-rarement de la diplopie, — ce qui est contraire à l'observation de M. Cunier et à la mienne; 2° que les malades voyaient tantôt mieux, tantôt plus mal qu'avant l'opération; 3° dans un cas où il avait divisé les deux droits externes, le malade voyait tous les objets moitié plus petits; cela dura une quinzaine de jours.

Dans aucun cas M. d'Ammon n'a vu la cécité survenir.

Pour ce qui est des suites traumatiques de l'opération (pag. 18), l'auteur n'a presque jamais observé d'hémorrhagie. La douleur et la tuméfaction con-

sécutives sont choses rares. Il y a parfois infiltration sanguine, d'autres fois infiltration de sérosité; l'auteur a vu un chémosis séreux chez un de ses opérés. L'ecchymose s'étend parfois à toute la conjonctive scléroticale. Dès le lendemain les bords de la plaie sont réunis par de la lymphe plastique; la guérison marche alors très-vite. Lorsque la conjonctive a été excisée ou déchirée, ou si les bords de la plaie restent éloignés, — la chûte de la caroncule et la proéminence du globe ont toujours lieu alors; — il survient des granulations, accompagnées quelquefois — je dirai moi presque toujours — de sécrétion mucoso-purulente. Ces granulations offrent tous les caractères de celles des autres plaies; l'auteur les a vues dans un cas amener l'adhérence du globe avec la conjonctive de la paupière inférieure (symblépharon postérieur).

Les préceptes de M. d'Ammon relativement au traitement consécutif, ne diffèrent en rien de ceux posés M. Cunier, dans son journal (juin et octobre 1840, février 1841). Il divise, comme notre collègue, le traitement en thérapeutique et en orthopédique.

Qu'advient-il du muscle coupé? (*Was geschieht mit dem durchschnittelen Augenmuskel?*) Quand on a coupé le tendon du muscle, il se porte un peu en arrière et s'y insère à la sclérotique. A-t-on incisé la partie charnue, les deux moitiés se rétractent, alors l'espace intermédiaire se remplit de lymphe plastique, et il se forme un tissu de cicatrice. Voilà qui est parfaitement d'accord avec l'assertion de M. Cunier (*Ann. d'Oculistique,* septembre 1840, p. 271, vol. III); si MM. Boyer, Amussat, etc., n'ont point vu de tissu intermédiaire, c'est que dans leurs essais ils n'ont pas divisé les muscles dans leur portion charnue. Il arrive quelquefois que la lymphe plastique réunit les deux bords avec les parties environnantes; ainsi se trouve détruit le résultat de l'opération.

L'incision de la conjonctive exerce une grande influence sur la liberté des mouvements du globe; M. d'Ammon cite à ce sujet le fait suivant : Il a opéré un enfant sur lequel il n'a pu terminer l'opération, de sorte que la conjonctive seule fut incisée. Il assure que cette incision suffit pour placer l'œil dans sa position normale, mais le strabisme revint de nouveau après la cicatrisation de la plaie. L'auteur croit que le raccourcissement des muscles ne sert à expliquer le strabisme que dans les cas exceptionnels. Dans les cas ordinaires, il attribue le strabisme à l'action vicieuse des nerfs moteurs oculaires, et il croit par conséquent qu'après la section des muscles, on doit compter plutôt sur le changement d'innervation que sur l'élongation de la corde motrice. Il résulte de cette remarque que la myotomie est préférable à la section du tendon.

M. d'Ammon revient ici sur la dépression que l'on remarque dans le canthe interne après la section de l'adducteur, dépression dont il a déjà été parlé plus haut. — Il a remarqué que la récidive est plus rare lorsqu'on opère les deux yeux à la fois. Il attribue le retour du mal au défaut d'exercice orthosomatique; c'est ce qui a été incontestablement établi par M. Cunier (*Ann. d'Oc.*, vol. IV, p. 221), et après lui par M. Pétrequin (*ibidem*, mars 1841), et M. Stœber (*Gaz. méd. de Strasbourg*, voir *Encyclographie des Sc. méd.*, 4e série, vol. VI, p. 532). M. d'Ammon conseille, dans ce cas, de revenir à l'opération, ce qu'on peut faire déjà dans la troisième semaine. — Il arrive

que l'œil non opéré prend la forme du strabisme guéri; il n'y a pas alors transmission du strabisme d'un œil à l'autre; mais, ainsi que l'a fait observer M. Cunier (*Ann. d'Oc.*, juin, *Bull. méd. belge*, mai 1841), l'œil réputé sain était affecté de strabisme vague, qui devient alors permanent. — Quand on opère pour la seconde fois, l'auteur recommande de debrider largement, afin, dit-il, de saisir plus profondément le muscle.

L'auteur agite la question de savoir si, dans le strabisme double, il faut opérer les deux yeux à la fois, et il se prononce pour l'affirmative, ce qui est contraire à l'avis de M. Cunier, qui doit, je pense, à sa conduite, de n'avoir jamais vu, comme les autres opérateurs, le strabisme en sens opposé être la suite de cette division simultanée. — Une seule fois, il a agi comme les autres, dans un cas de strabisme interne double, et une déviation en dehors, aussi double, qui en a été le résultat, a exigé la section des deux abducteurs.

M. d'Ammon expose les résultats de 72 opérations faites à Dresde, tant par lui que par MM. Baumgarten, Zeis et Warnatz. Quarante-cinq de ces opérations ont eu des résultats entièrement satisfaisants, treize ont eu des résultats moins satisfaisants, et quatorze ont totalement échoué. Parmi les premiers quarante-cinq cas, on a été obligé de réitérer l'opération sur trois individus, et il n'y a pas de doute que le chiffre des treize opérations dont les résultats ont été moins satisfaisants eût beaucoup baissé si l'on avait pu revenir à l'opération. Parmi les cas où celle-ci a échoué, il y avait des individus soit trop vieux, soit trop jeunes, chez lesquels les moyens orthopédiques consécutifs ont été négligés. Neuf fois on a coupé les muscles droits externes; dans le reste des cas on a opéré sur les muscles droits internes. Dans un seul cas seulement on a observé un fort chémosis à la suite de l'opération. Dans trois cas il se forma un strabisme opposé à celui qu'on avait opéré. Pour le strabisme convergent, on a opéré vingt fois sur l'œil droit et quarante-trois fois sur l'œil gauche. Pour le strabisme divergent, six fois sur l'œil droit et six fois sur l'œil gauche.

Dans les derniers chapitres, l'auteur traite de l'application de la myotomie sous-cutanée, et de la myotomie sous-conjonctivale. La première, pour laquelle M. Cunier a fait connaître son procédé (*Ann. d'Oc.*, octobre 1840), est applicable au droit externe et aussi à l'oblique inférieur; le grand oblique lui paraît seul pouvoir être divisé par la méthode sous-conjonctivale.

M. d'Ammon termine par l'examen des affections dans lesquelles la myotomie lui paraît pouvoir être appliquée; il cite le nystagme, quelques diplopies. M. Cunier l'a déjà mise en usage dans ces cas, et dernièrement il a signalé le parti que l'on pouvait en tirer, en substituant le strabisme artificiel à l'opération de la pupille artificielle par déplacement de la pupille naturelle.

L'ouvrage dont je viens de donner l'analyse sort de la ligne commune; il n'a pas été écrit, comme la plupart des productions sur le strabisme, *ad captandum*, c'est-à-dire pour attirer des clients. C'est la relation fidèle, consciencieuse de ce que l'auteur a vu, de ce qu'il croit être la vérité. Je me dispense de louanges; M. d'Ammon et son livre peuvent aisément passer de mon *visa approbatif*.......

Dr. Fleussu.

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE SIXIÈME VOLUME.

(AVRIL A OCTOBRE 1842.)

A.

B.

C.

D.

E.

F.

TABLE DES MATIÈRES.
